

国民健康保険療養費支給申請書																									
被保険者証の記号・番号	このす . (枝番)																								
療養を受けた被保険者氏名				個人番号																					
傷病名				一般・退職被保険者等の別	一般・ <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 被扶養者																				
発病又は負傷年月日	年 月 日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間																				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名称																								
	所在地																								
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名																									
療養の給付又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由	・他の保険で受診してしまったため ・保険証を提示せず10割で受診したため ・その他( ) ・補装具 ・海外療養費			発病の原因					療養につき算定した費用の額																
				傷病の経過																					
				療養内容																					
								円																	
振込先金融機関名			預金種別	口座番号			フリガナ																		
銀行 信用金庫 農協			普通当座				名義人																		
支店																									
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 (宛先)鴻巣市長 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電話番号 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									

※市処理欄

入院・通院	第三者行為 該当	あり・なし	年齢	歳
区分	本人・未就学・家族・高齢9割・高齢8割・高齢7割		生年月日	.
総医療費	一部負担金	請求額	債権者No.	