

※市記入欄	就学前2割	3割	高1割	高2割	高3割	特別医療	無・有 (□申請済・□入力済)
						第三者行為	無・有 (□届出済・□入力済)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	境港	療養を受けた被 保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生				世帯主 との 続柄
傷病名		個人番号					
発病、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							
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 を受けるこ とができな かった理由	発病の原因			療養に 要した 費用	円		
	傷病の経過						
	療養内容						
備 考							

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住 所 境港市

世帯主 氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

境 港 市 長 様

※ご希望の振込み口座をご記入ください。(世帯主名義の口座のみ)

●金融機関名〔	銀行・信用金庫・協同組合	●預金種別〔普通・当座〕
●支店名〔	支店・支所・出張所	●口座番号
●口座名義人(カタカナで記入)〔		