

支給金額	円	振込先口座を指定する		公金受取口座を利用する	
		振込先口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座				
口座番号					
フリガナ					
療養に要した費用	円	口座名義人			
査定額 (7 割 ・ 8 割 ・ 9 割)	円				

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の記号番号			北広島		
療養を受けた被保険者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄	
傷病名	別紙のとおり		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
発病・負傷年月日	年 月 日				
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局・その他の名称及び所在地					
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		
傷病の経過					
療養内容			円		
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。					
年 月 日		〒		-	
		住所		北広島市	
		世帯主 氏名			
		個人番号			
北広島市長 様		(電話番号		- -)	