

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

住 所 \_\_\_\_\_  
 世 帯 主 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 連 絡 先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記のとおり療養に要した費用に関する必要書類を添えて申請します。  
 なお、支給決定金額については、下記の口座へ振り込んでください。

記

被保険者証記号番号	筑一	世帯コード	
療養を受けた被保険者の氏名		療養を受けた被保険者の個人番号	.....
傷病名		療養期間	年 月 日から
発病又は負傷年月日	年 月 日		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	(氏 名)		
療養の給付等を受けることができなかった理由	傷病の原因		
	傷病の経過		
	療養内容	補装具・保険証忘れ・その他	
	療養に要した額	円	

公金受取口座（マイナンバーに紐づけた口座）を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  
 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。

口 座 振 込 先			市税等への充当
金融機関名	店 名		金 _____ 円を市税等に充当することを了承します。
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		
			世帯主 _____

※処理欄（申請者は記入しないでください。）			未納	支給日	受付印
チェック	・一 ・若年（未就学） ・公（こ・障・ひ） ・退 ・高（一・上） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		有 ・ 無		
療養に要した費用額	被保険者負担額	公費負担額	支給決定額		
円	円	円	円		