

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた被 保 険 者	記 号		番 号		世帯主との続柄	
	氏 名					
	生 年 月 日			年 月 日		
個 人 番 号						
傷 病 名				発病又は負傷年月日	年 月 日	
傷 病 の 原 因	1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害 3 その他(自損事故・疾病等)					
傷 病 の 経 過				療 養 内 容		
療 養 期 間	年 月 日	から	年 月 日	まで	療養に要した 費用の額	円
医 療 機 関 等 所 在 地					1 入院 2 外来	
医 療 機 関 等 名 称				医 師 等 氏 名		
療 養 費 及 び 特 別 療 養 費 の 支 給 を 申 請 し た 理 由	1 医師の指示による装具の購入をしたため 2 被保険者証を提示せずに診療を受けたため 3 以前に加入していた保険の被保険者証を使用したため 4 海外の医療機関等で診療を受けたため 5 その他()					
振 込 先 (世 帯 主)	金 融 機 関 名			銀 行	信用金庫	
				信用組合	協同組合	
	店 名			本 店	支 店 (店番)	
				出張所		
	口 座 種 別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄				
	口 座 番 号					
フリガナ						
口 座 名 義						

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)
戸田市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

記入例

個人番号は空欄でも申請可能です。記入する場合は、マイナンバーカード又は通知カード
(個人番号の記載がある住民票) + 顔写真つきの公的身分証の添付が必要です。

第15号様式(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた被 保 険 者	記 号	戸 田	番 号	保険証の上段の6桁の番号				世帯主との続柄		本人 など	
	氏 名	戸 田 真 一									
	生 年 月 日	年 月 日									
個 人 番 号											
傷 病 名	該当するものに丸をつけてください。			発病又は負傷年月日			年 月 日				
傷 病 の 原 因	1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害 3 その他(自損事故・疾病等)										
傷 病 の 経 過				療 養 内 容							
療 養 期 間	年 月 日から			年 月 日まで			療養に要した 費用の額		円 該当するものに丸をつけてください。		
医 療 機 関 等 所 在 地								1 入院 2 外来			
医 療 機 関 等 名 称	該当するものに丸をつけてください。						医 師 等 氏 名				
療 養 費 及 び 特 別 療 養 費 の 支 給 を 申 請 し た 理 由	① 医師の指示による装具の購入をしたため ② 被保険者証を提示せずに診療を受けたため ③ 以前に加入していた保険の被保険者証を使用したため ④ 海外の医療機関等で診療を受けたため ⑤ その他()										
振 込 先 (世 帯 主)	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合									
	店 名	本店 支店 (店番 000) 出張所									
	口 座 種 別	普通・当座・貯蓄									
	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7			
	フ リ ガ ナ	トダ シンイチ									
	口 座 名 義	戸 田 真 一									

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)
戸田市長

世帯主 住 所 戸田市上戸田1丁目18番1号

氏 名 戸田 真一

個人番号

電話番号 048-123-4567