

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号		枝 番		受 給 者 番 号										
保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称	大雪地区広域連合			所 在 地	上川郡東川町東町1丁目16番1号								
対 象 者 氏 名	氏 名				生 年 月 日									
個 人 番 号					療養を受けた保健医療機関名									
療 養 期 間					から まで 日間									

療 養 の 内 容										
療養の給付を受けることができなかった理由								第三者行為の有無	有・無	

受   取   方   法	1、口座振込    2、窓口現金												
							種 目	口 座 番 号					
	ゆうちょ銀行				店 番	種 目	口 座 番 号						
口 座 名 義 人		(フリガナ)											

大雪地区広域連合長    様

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和    年    月    日	[申請者]	住 所
		氏 名
		連絡先(電話番号)

処 理 欄	療養に要した費用額		支 給 額				支 給 決 定 額				
	(A)	円	(A)	×		=	円				
			(A)	×		=	(本人負担額)				
			(A)	－		=	円				

国民健康保険療養費支給申請書（記載例）

被 保 険 者 証 号	東川 123456	枝番	01	受 給 者 番 号							
保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地	名称	大雪地区広域連合		所 在 地	上川郡東川町東町1丁目16番1号						
対 象 者 氏 名	氏名	広域 太郎		生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
個 人 番 号	12345678912			療養を受けた保健医療機関名	〇〇病院						
療 養 期 間	から まで 日間										

療 養 の 内 容			
療養の給付を受けることができなかった理由		第三者行為の有無	有・無

受 取 方 法	1、口座振込 2、窓口現金									
	〇〇銀行 〇〇支店				種 目	口 座 番 号				
					普通	1	2	3	4	5
	ゆうちょ銀行			店 番	種 目	口 座 番 号				
法	口 座 名 義 人	(フリガナ) コウイチ タロウ 広域 太郎								

大雪地区広域連合長 宛

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日	住 所	上川郡東川町1丁目16番1号
[申請者]	氏 名	広域 太郎
	連絡先(電話番号)	0166-82-3697

処 理 欄	療養に要した費用額	支 給 額	支 給 決 定 額
	(A) 円	(A) × = 円	
		(A) × = (本人負担額)	
		(A) − = 円 (本人負担額)	