

記入例

様式第16号(第24条関係)

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者	記号	松国	番号	111111	療養を受けた被保険者氏名	松山 花子
傷病名		個人番号			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	<input type="checkbox"/> 他保険で受診したため	発病の原因		療養に要した費用		円
	<input type="checkbox"/> 保険証なしで受診したため	傷病の経過				
	<input checked="" type="checkbox"/> 装具作製のため	療養内容				
	<input type="checkbox"/> 海外で受診したため					
備考	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院					
振込依頼金融機関						
〇〇 銀行 〇〇 支店 農協 信用金庫	口座番号	〇〇〇〇〇〇				
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座	フリガナ 名義人氏名	マツヤマ タロウ 松山 太郎			
上記の通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。						
令和〇年 〇月 〇日		世帯主以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です				
東松山市長 宛て		〒355-0017 世帯主 住所 東松山市松葉町1-1-58 氏名 松山 太郎 個人番号 123456789012 電話番号 0493 (××) ××××				

	本人確認	受付者	入力	確認	受付印
市役所 確認欄	写あり(免個パ在他)				
	写なし(保通他)				