

支給年月日
年 月 日

承認	不承認	(不承認の場合、その理由)
----	-----	---------------

国民健康保険療養費支給申請書	区分	1 社・国 2 単 3 併 3 併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入一 8 高外一 9 高入七 0 高外七
療養年月	令和6 年 12 月分				

公費負担者番号								保険者番号			3	3	0	0	4	3	
受給者番号								被保険者 記号番号	岡 4		12-3456						
療養を受けた 被保険者	氏名	玉野 市子										昭平・令 30 年 1 月 1 日生					
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	男・女	続柄 本人		
※ 傷病名								※ 発病又は負傷 年 月 日	年 月 日								
※ 療養期間 (必ずご記入ください)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)							※ 療養に要した 費用	療養の給付	円							
								食事療養費	円								
※ 診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等		所在地							どちらかにチェックを入れてください。								
		名称及び医師又は薬剤師氏名															
※ 発病の原因 診療内容及び傷病の経過																	
療養の給付を受けることができなかった理由																	
種別区分	1				2	3	4	5	7	8	99	88					
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・ キュウ	移送	その他	特別療 養費	保険者 間調整					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙（裏面）証拠書類を添えて申請します。

令和6年12月23

住所 玉野市宇野1-27-1

申請者 玉野 太郎

(世帯主)

玉野市長 殿

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

電話 (0863) 32 - 5528

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

中国	銀行	本店	預金種目	1. 普通預金 口座番号	1234567
	金庫	支店		2. 当座預金 名義人	タマノ タロウ
宇野	農協	営業部		※カタカナ	

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
	世帯主と別の人の名義の口座に振り込む場合は、別途委任状							
	(長事療養費)							