

一般	退職	前期高齢者
		一定以上・一般・低Ⅰ・低Ⅱ

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号番号	武国保	療養を受けた被保険者氏名	生 年 月 日	続柄
個人番号			昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名			令和	年 月 日から
発症負傷 年月日	令和	年 月 日	令和	年 月 日まで
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、 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	1. 保険証不携帯時の受診	発病の 原因		療養に 要した 費用
	2. 国保に遡及加入した期間の受診	傷病の 経過		
	3. 装具装着	療養内容		
4. その他（以下理由）				
備考	一部負担金		円	
	保険者負担金		円	

上記のとお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いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住 所

個人番号

氏 名

（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要。

電話番号

武雄市長 様

債権者コード	支払方法 1. 口座振替 2. 窓口払い	
振込先 金融機関	銀 行	支 店
	信用金庫	出張所
	農 協	支 所
口座名義 (カタカナ)	金融機関番号等	

委任状

有 ・ 無

申請書番号

受付: