第７号様式

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の記号番号		療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
		生年月日	年　月　日	年齢	歳
高齢受給者負担区分		個人番号			
傷病名		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 日間		
発病、負傷年月日					
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		発病の原因		療養に要した費用	円
		傷病の経過			
		療養の内容			

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します。

年　月　日

〒　－
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
申請者
(世帯主)　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（電話　　－　　）

空知中部広域連合長　様

審査決定欄				
療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担額	支給決定額	備考
円	円	円	円	

受け取り希望金融機関名		フリガナ
銀行 金庫 農協 信組	本店 支店 本所 支所	口座名義人 口座番号