

法別 (該当に○をす る)	国保			退職		区分	組合国保給付割合 ()割	
	一般	未就学	前期7割	前期8割	本人	家族		未就学
一般・退本・退家 国民健康保険療養費支給申請書								
被保険者の 記号番号				療養を受けた者の氏 名				
傷病名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
				個人番号				
発病・負傷 年 月 日	年	月	日	療養期間	年	月	日から	年 月 日まで 日間
診療又は薬剤の 支給を受けた病 院、診療所、薬 局等の名称及び 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	
				傷病の経 過				
交通事故や傷病など 第三者の行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			療 養 内 容			円	
振込先 ※アまたはイのどちらかを選んでください。アは世帯主口座に限ります。								
ア <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録してある場合に利用可能 利用する場合は□にチェック								
イ	振込口座			フリガナ				
	銀行	本店			口座名義人			
	金庫	支店			口座番号	普通	当座	
	組合	支所						
	農協	出張所						
(委任欄 ※申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険療養費の受領について、上記の口座名義人に委任します。								
申 請 者 (世帯主) 印								
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								
令和 年 月 日								
世帯主(申請人)								
住 所 上田市								
氏 名								
(電話 - -)								
(個人番号)								
窓口へ来られた方(代理人)								
住 所								
氏 名								
(電話 - -)								
(申請先) 上 田 市 長								