

様式第24号（第20条関係）

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者	記号		番号			
療養を受けた被保険者氏名			生年月日		年	月 日
個人番号						
傷病名						
発病又は負傷年月日	年 月 日	療養期間		年 月 日から	年 月 日まで	日間
診療、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	名称					
	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						
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	発病の原因			定療 した 費用 の額	療 養 に つ き 算	円
	傷病の経過					
	療養内容					
支給金額を次の口座へ振込み願います。（次のいずれかにチェックしてください）						
<input type="checkbox"/> <u>公金受取口座を利用する</u> （利用する場合は、以下の口座情報の記入は不要です）						
※公金受取口座の利用を希望する場合は、必ず個人番号を記入してください。						
<input type="checkbox"/> <u>振込口座を指定する</u> （以下に口座情報を記入してください）						
振込先	金融機関名	銀行		本店		
		信用金庫				
		農協		支店		
	預金種目	普通	預金	第	号	
	口座番号	当座				
	名義人	(フリガナ)				
	(世帯)					
上記のとおり、療養費の支給を申請します。						
年 月 日						
吉見町長 様						
住 所						
世帯主 氏 名						
個人番号						
電話番号						

