

様式第25号（規則第19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	記号	埼 新	番号	
世帯主 (申請者)	住所	〒 (連絡先) 電話		
	氏名 (又は個人番号)			
療養を受けた 被保険者	氏名 (又は個人番号)			
	生年月日	年	月	日
傷病名				
発病又は負傷 の年月日	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				
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、入院時食事療 養費の支給、入人事生活療 養費の支給又は保険外併 用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			円
	傷病の経過			
	療養内容			
備 考				

(申請先) 新座市長

令和 年 月 日

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請し、下記のとおり振込みを依頼します。

【振込先】

口座 選択 (どちらか〇)	1. 振込口座を指定する。 (振込口座を御記入ください。)	2. 世帯主の公金受取口座を利用する。 ※1 (利用する方は振込口座の記入は不要です。)
金融機関コード	支店コード	口座種別
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農業協同組合	支店
フリガナ	※2左記の名義人の口座に振込みを委任します。	
口座名義人	世帯主 氏名	印
※3 口座名義人住所		

※1 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込口座の記入や通帳等の写しの提出が不要になります。

※2 世帯主と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

※3 世帯主と口座名義人が同一の場合は、口座名義人住所を省略できます。

担当者