

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