

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	〇〇〇〇〇〇〇
世帯主 (申請者)	住所	〒352-〇〇〇〇 新座市〇〇〇〇1-2-3 (連絡先)電話 048-〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名 (又は個人番号)	新座 花子		
療養を受けた 被保険者	氏名 (又は個人番号)	新座 太郎		
	生年月日	H1 年 1 月 1 日		
傷病名	例:神経痛 分かる範囲で記入してください。			
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	■■■県●●市〇〇町1-2-3 ▲▲病院		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 該当する、次のいずれかの番号を御記入ください。 ①業務上の災害 (通勤災害等) ②第三者行為 (交通事故等) ③その他 (疾病、自損事故等) </div>	
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	〇〇〇〇医師			
療養の給付、入院時食事療養費の支給、入居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	・保険証を提示できなかったため ・治療用装具を作成したためなど	発病の原因	①	田
		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

【振込先】

希望する方に○をしてください。
2 に○をした場合、振込先口座の記入は不要です。

口座 選択 (どちらか○)	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	〇〇〇〇	支店コード	〇〇〇	口座種別	口 座 番 号
振込先 金融機関	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農業協同組合	支店	1 当座 2 普通	〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	ニイザ ハナコ		※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	新座 花子		世帯主 氏	世帯主の名義の口座以外に振り込む場合は、記入・押印ください。	
※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

新座