

確 認	保 險 料	資 格
--------	-------------	--------

国民健康保険療養費支給申請書										資格照合済									
被記		保号		険番号		者号		鳴門						発病負傷 年 月 日		年 月 日			
個		人		番		号													
療被		養保		を険		受者		け氏		た名						世帯主から みた続柄			
疾		病		名						療養期間		年 月 日 年 月 日 日間							
発病の		原因		☐ 一般疾病 ☐ 第三者行為						傷病の経過									
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																			
療養の給付を受けることができなかった理由				診療内容				療養に要した費用											
								円											
振込先	金融機関名		銀行 金庫 農協										本店(所) 支店 支所						
	預金種目		普通 ・ 当座						フリガナ										
	口座番号 (右づめ)									口座 名義人									
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙領収証を添えて申請します。																			
年 月 日																			
世帯主 住 所																			
個人番号																			
氏 名																			
TEL () -																			
鳴 門 市 長 殿																			