

様式第15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		世帯主と の続柄		個人番号	
傷病名		一般・退職被保 険者等の別	一般・	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	
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	
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無				
診療、薬剤の支給又は手当てを 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					
療養の給付又 は保険外併用 療養費の支給 を受けること ができなかつ た理由		傷病の 原因		療た 養費 に用 つ の き 額 算 定 し	
		傷病の 経過			
		療養内容			
備 考					
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日					
(宛先) 北本市長					
世帯主				住 所 氏 名 個人番号 電 話	

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			
振込希望の金融機関	口座番号		普通・当座
銀行 信用金庫 農協	フリガナ		
	支店	名 義 人	