

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・	①退 本人 ②退 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 養 費 に 用 つ の き 額 算 定 し 円	
		傷 病 の 経 過			
		療 養 内 容			
備 考					
<p>上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（宛先）北本市長</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>世帯主</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>住 所 氏 名 個人番号 電 話</p> </div> </div>					

<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	