

様式第16号(第24条関係)

国民健康保険療養費支給申請書						
被 保 険 者	記 号	松 国	番 号		療養を受 けた被保 険者氏名	
傷 病 名			個人 番号		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病、負傷 年 月 日	年 月 日					
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	<input type="checkbox"/> 他保険で受診した ため	発病の原因		療 養 に 要 した 費 用		円
	<input type="checkbox"/> 保険証なしで受診 したため	傷病の経過				
	<input type="checkbox"/> 装具作製のため <input type="checkbox"/> 海外で受診したため	療 養 内 容				
備 考	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院					
振込依頼金融機関						
銀 行 農 協 信用金庫			支店		口座番号	
					普通 当座	フリガナ 名義人氏名
上記の通り療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。						
令和      年      月      日						
東松山市長 宛て						
世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号						

	本人確認	受付者	入力	確認	受付印
市役所 確認欄	写あり（免 個 パ 在 他）				
	写なし（保 通 他）				