様式第8（第7条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

世帯主の個人番号												

被保険者証記号番号		個人番号			
傷病名		療養を受けた被保険者氏名	（　　年　　月　　日生）	世帯主との続柄	
発病・負傷年月日	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					
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					
発病の原因		療養に要した費用			
傷病の経過					
療養内容					円
療養の給付を受けることができなかった理由					

上記のとおり申請します。
なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。

みよし市長様　　年　月　日

世帯主　住所　みよし市

氏名　　印

電話　　－　　－

振込口座	銀行 信用金庫 農協	店 支店 出張所	（預金種別） 普通・当座	（口座番号）
	口座名義人	フリガナ		

※　上記太枠を記入してください。

一部負担金	円	高額療養費	円	支給決定金額	円

滞納	入・外	前期高齢者	子ども	□ 障害	□ 母子	税充当 □ 全部充当　□ 一部充当 税充当額：　円 本人償還額：　円
有・無		□ 2割（1割）	□ 就学前（2割）			
		□ 3割	□ 3割			

窓口受付