

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者証の 記号番号	鶴国	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・退職(本人/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	
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、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 又は特定療 養費の支給を 受けことが できなかった 理由	発病の原因		療養につ き算定し た費用の 額		円	
	傷病の経過					
	療養内容					
振込依頼 口座内容	銀行 信用金庫 農協		本店 普通 支店 当座	名義人(フリガナ) 口座番号		
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。				TEL ()		
年 月 日						
鶴ヶ島市長		住所		〒 鶴ヶ島市		
世帯主		氏名				
		個人番号				

- 申請者と振込口座の名義人は、世帯主か確認
- 補装具の場合：入院 / 外来
- 補装具・弱視めがね・弾性ストッキングの期間確認 (前回の支給日 年 月 日)
- 靴型装具の場合：申請者が実際に装着する現物であることが確認できる写真の添付
- 海外療養費の場合：パスポート等で渡航確認 コピーをとる
- 第三者行為の該当：有・無