

第 1 3 号様式（第 1 0 条関係）

申請者記入欄	国民健康保険療養費支給申請書					
	令和 年 月 日					
	越谷市長 宛					
	世帯主 住 所					
	氏 名					
	個人番号 — —					
	電話番号					
	療養を受けた被保険者氏名 生 年 月 日		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			
	年 月 日		資 格 区 分			
	療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間		入院・入院外 公 費 単独・2・3	
療養を受けた病院・診療所薬局・施術者		名 称				
		所在地				
療養の給付を受けることができなかった理由		1 緊急のため 5 はり・きゆう 2 緊急のため 6 生血 (柔道整復) 7 施設 3 治療用装具 8 柔道整復 4 あんま・指圧・ 9 海外療養費 マッサージ		傷 病 名		
				発 病 又 は 負 傷 年 月 日 年 月 日		
				発 病 の 原 因		
				傷 病 の 経 過		
療養に要した費用		円		療 養 の 内 容		
上記のとおり証拠書類を添えて申請します。支給される療養費は下記の口座に振り込んでください。						
銀 行 信用金庫 支店 農 協		種別	普通・当座	フリガナ		
		口 座 番 号		名義人 (世帯主)		
発 病 ・ 負 傷 の 原 因		☐ 第三者行為 ☐ 第三者行為以外				

老・重・乳・ひ・前高

(受理日)

支給	割	円		
		年 月支給		
変更	追加支給・ 振替のみ	入・外	本人・被扶	年
			円	月