国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書

一般	
退職・本人	
退職・扶養	

70歳以上一般分	
70歳以上一定以上	
未就学児	
上記以外の人	

被保険者証記号番号	山 59 －	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日・個人番号 氏　名
傷 病 名		生年月日　　年　　月　　日 個人番号
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		

療養の給付等を受けることができなかった理由 ☐ 治療用装具購入のため ☐ 受診時に保険証を提示できなかったため ☐ 遡って社保の資格を喪失したため ☐ 海外での療養のため ☐ その他（　　）	発病の原因 傷病の経過 療養の内容	療養に要した費用 円

傷病の原因は第三者行為によるものか	☐ はい　　☐ いいえ

☐口座振込	銀行　本店・支店 農協　支所 金庫　出張所	口座番号	普通 当座
	世帯主の口座をご記入ください。世帯主以外の方の口座の場合は、委任状の記入をお願いします。（窓口に様式があります。）	口座名義人氏 名	フリガナ
☐現金払い	☐ 本庁会計課 ☐ （　　）支所	連 絡 先	TEL　　－　　－

（宛先）周南市長

上記のとお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。

年　　月　　日

世帯主　住　所　　周南市

氏　名　　印

個 人 番 号