

## 様式第15号(第20条関係)

宮代町国民健康保険  
療養費支給申請書

受付日 年 月 日

被保険者記号	枝番	療養を受けた人	氏名	宮代 花子	
被保険者番号			生年月日	H3年 3月 3日	
個人番号			世帯主との続柄	妻	
			入院・外来	割合	3割
診療年月	R7年 4月		療養期間	R7年 4月 4日 から	
診療日数	1	日		R7年 4月 4日 まで	

種類	補装具				
傷病名	膝蓋骨骨折				
診療を受けた医療機関等の所在地	東京都○○区△△				
診療を受けた医療機関名又は施術師	○○病院				
支給申請をした理由	補装具を作製したため				
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:自損事故 <input checked="" type="checkbox"/> 3:疾病等				

療養に要した費用額	食事回数
審査認定額	療養に要した費用額
一部負担金	食事標準負担額
支給金額	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	宮代		銀行	本店・支店		預金種別	普通 当座 ( )
			信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	宮代	( )		

口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7	※世帯主口座以外の場合は委任状が必要です。
口座名義人 (カタカナ)	ミ ャ シ ロ タ ロ ウ	
宮代	太郎	

 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□」にチェック(✓)してください。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

宮代町長様

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

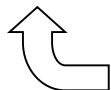
年 月 日

〒

世帯主 住 所 宮代町○○

氏名 宮代 太郎

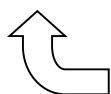
電話番号 000-0000-0000



申請者は必ず世帯主名での申請になります。

## 様式第15号(第20条関係)

<b>宮代町国民健康保険 療養費支給申請書</b>										
受付日 年 月 日										
被保険者記号   :   枝番   :   被保険者番号   :   :   :   個人番号   :   :   :   					<b>療養を 受けた人</b>	氏名 宮代 花子 生年月日 H3年 3月 3日 世帯主との続柄 妻 入院・外来 割合 3割				
						R7年 4月 4日 から				
						R7年 4月 4日 まで				
						診療年月 R7年 4月 診療日数 1 日				
<b>種類</b> 一般診療										
<b>傷病名</b> 逆流性食道炎										
<b>診療を受けた医療機関等の所在地</b> 東京都○○区△△										
<b>診療を受けた医療機関名又は施術師</b> ○○病院										
<b>支給申請をした理由</b> 保険証を使用しなかったため										
<b>発病又は負傷の理由</b> 1:第三者行為(交通事故等) 2:自損事故 3:疾病等										
<b>療養に要した費用額</b>   :   :   :   :   <b>審査認定額</b>   :   :   :   :   <b>一部負担金</b>   :   :   :   :   <b>支給金額</b>   :   :   :   :							<b>食事回数</b>   :   :   <b>療養に要した費用額</b>   :   :   :   :   <b>食事標準負担額</b>   :   :   :   :			
該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。										
<b>振込先</b>	<b>宮代</b> (銀行) 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )					<b>本店・支店</b> <b>宮代</b> ( )			<b>預金種別</b> ( )	<b>普通</b> <b>当座</b> ( )
	( )					( )				
<b>口座番号</b> (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7	※世帯主口座以外の場合は委任状が必要です。								
<b>口座名義人</b> (カタカナ)	ミ ャ シ ロ タ ロ ウ									
<b>宮代</b>	太郎									
<input type="checkbox"/> <b>公金受取口座を利用します。</b>										
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□」にチェック(✓)してください。										
口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。										
<b>宮代町長様</b>										
上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。										
年 月 日 〒										
世帯主 住 所 宮代町○○										
氏名 宮代 太郎										
電話番号 000-0000-0000										



申請者は必ず世帯主名での申請になります。