

様式第 1 5 号（第 2 0 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					
被保険者番号					生年月日	年	月	日		
個人番号					世帯主との続柄					
					入院・外来	割合	割			
診療年月	年 月			療養期間	年 月 日 から					
診療日数		日			年 月 日 まで					

種 類										
傷 病 名										
診療を受けた医療機関等の所在地										
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由										
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 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	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()

口座番号 (左詰めで記入)		※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)	

☐ 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
	氏 名
	電話番号