

様式第14号

国民健康保険療養費支給申請書					区 分
被 保 険 者	記 号	埼玉所国	療養を 受けた 被保険 者	生年月日	昭和50年 1月23日
	番 号	1 2 3 4 5 6		氏 名	健康 太郎
				個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
傷 病 名				療 養 期 間	令和6年12月 2日から
発病又は負 傷年月日	年 月 日				年 月 日まで
交通事故等の第三者行為	有・無		3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			所沢健康クリニック 所沢健康フラワー薬局		
診療又は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 保険外併用療養 費の支給を受け ることができな い	緊急のため		発病の 原因	療養に 要した 費用	2, 450 6, 500 円
			傷病の 経過		
			療 養 内 容		
<p>公金受取口座を利用しない場合は、 こちらに口座をご記入ください</p>					
振 込 希 望 の 金 融 機 関		口 座 番 号		普通・当座	
銀行 信用金庫 農協		フリガナ			
支店		名 義 人 (世帯主)			
<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公 金受取口座を利用します。		個 人 番 号		2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	
<p>申請時までにご利用できない方は、 上記のとおり申請します。 令和6年12月 2日 (宛先)所沢市長</p>					
		世帯主	住 所	所沢市並木1-1-1	
			氏 名	健康 一郎	
			個人番号	234567890123	
			電 話	090 (2345) 0123	
		申請者 (申請者が世帯主の場合は記入不要)	住 所	所沢市並木1-1-1	
			氏 名	健康 太郎	
			個人番号	123456789123	
			電 話	090 (1234) 5678	

申請時までにご利用できない方は、
上記のとおり申請します。
令和6年12月 2日
(宛先)所沢市長

・原則、療養時の世帯主の方の登録口座へお振込みします。

チェック	Acrocity	総合システム