

様式第 10 (第 10 条関係)

区分	ア・イ・ウ・エ・オ
年齢	一般・未就学

下記のとおりに支給してよろしいか					
療養に要した費用	円	審査決定費用額	円	決定金額	円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号					
療養を受けた被保険者氏名				生年月日	年 月 日
個人番号				世帯主との続柄	
療養の種類	診療・治療用装具・その他 ()				
傷病名				発病又は負傷の年月日	年 月 日
傷病の原因	1 第三者行為 2 その他			傷病の経過	
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			療養に要した費用の額	円
療養の給付を受けることができなかった理由					
病 院 等 所 在 地 ・ 名 称					
医師、歯科医師又は薬剤師氏名					
振 込 先 金 融 機 関	種別	口座番号	口座名義人		
銀行 信用金庫 農協	普通 ・ 当座		フリガナ		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 ()</p> <p>扶桑町長様</p>					

※ 上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内に住所を有する人に、一人に一つ付番された12桁の番号です。