様式第７号（第16条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

（※　　　　　年　　　月分）

被保険者記号・番号	療養を受けた被保険者の氏名等	
		年　　月　　日生
	個人番号	

傷　病　名		発病又は負傷の年月日	年　月　日
傷病の原因・傷病の経過及び療養内容	（第三者行為　有・無）	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称等	名称及び所在地	医師又は薬剤師の氏名	
療養に要した費用	円	一部負担金の割合	１　２割 ２　３割
療養の給付を受けることのできなかった理　由		※ １　法第54条第１項該当 ２　法第54条第２項該当	
備　考			
※ 支給決定額	審査決定額 （　　　円）×（　）/10	金　額	千　円

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

住　所　魚津市

（世帯主）
氏　名

個人番号

（電話　　　－　　　　）

魚津市長　宛

振込金融機関		
銀行 信金 農協	店	
１　普通 ２　当座	口座　№.	
フリガナ 口座名義		

注　※印欄は記入しないでください。