

注)申請時には必ず「診断書(または意見書)」の原本と「領収書(明細)」を添付してください。

様式第12号(第24条関係)

国民健康保険療養費支給申請書				
被保険者証の 記号番号	保険証の7ケタの番号	氏名	病院にかかった方のお名前	
傷病名	診断書に記載されている病名	続柄	世帯主との続柄	
発病、負傷 年月日	診断書の作成日	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	一般 本人 扶養 (退)
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	治療を行っていた医療機関の住所と名称			療養を行っていた日付 と日数をわかる範囲で
診療又は薬剤に従事した 医師、歯科医師又は薬剤師の 氏名	診断書に記載されている医師の氏名			
療養の給付を 受けられなかった 理由	・コルセット等の場合 例：補装具 等	発病の 原因	例：転倒したため 年齢によるもの 不明	
	・保険証を忘れて受診した場合 例：保険証を忘れたため	傷病の 経過		
	・他の保険の 資格喪失後受診の場合 例：遡及により	療養 内容		
備考	振込希望の金融機関（世帯主名義）	口座番号	普通・当座	
	銀行 信用金庫 農協	支店	フリガナ	名義人
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を 申請します。				
平成 年 月 日	届出日			
住所 深谷市	世帯主 氏名			
深谷市長 あて	電話			
日中、連絡のとれる電話番号		受付	整理	

未就学児
重度医療
前期高齢
(1割・3割)

領収書の金額

円

※申請後に審査を行うため、指定口座へのお振込は2～3ヶ月程お時間がかかります。

国民健康保険療養費支給申請書

未就学児
重度医療
前期高齢
(1割・3割)

被保険者証の 記号番号		氏 名		一 般
傷 病 名		続 柄		(退) 本 人 扶 養
発病、負傷 年 月 日		療養期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日 日間	日から 日まで

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	
--	--

診療又は薬剤に従事した 医師、歯科医師又は薬剤師の 氏名	
------------------------------------	--

療養の給付を 受けることが できなかった 理由		発病の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用	
		傷病の 経 過			
		療 養 内 容			

円

備 考	振込希望の金融機関（世帯主名義）	口座番号	普通 ・ 当座
	銀行 信用金庫 支店 農協	フリガナ ----- 名義人	

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住所 深谷市

世帯主

氏名

深 谷 市 長 あ て

電話

受付		整理	
----	--	----	--