

様式第15号 (第20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		一般・退職 被保険者等の別	一般・退職本人 退職被扶養者		
療養を受けた 被保険者	氏名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			
傷病名					
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日 入院・外来	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 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	名称				
	所在地				
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					
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	発病の原因			療養につき 算定した費用の額	円
	傷病の経過				
	療養内容				
振込先 (世帯主)	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種目	普通 当座
	口座名義(カナ)		口座番号		
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先) 飯能市長</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 個人番号 電話</p>					

内訳	費用額		円	不支給	理由
	支給額		円		
担当	申請	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	領収書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未