

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	123456		氏名	健康 太郎								
				個人番号	123456789123								
傷病名				療養期間	令和6年12月 2日から 年 月 日 医師の意見書の日付								
発病又は負傷年月日	年 月 日				日間								
交通事故等の第三者行為	有・無												
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	所沢整形外科クリニック												
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	関節 良好												
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	療養の給付又は除外併用療養の支給を受けなかった理由	装具を作成したため		療養に要した費用	25,600円								
備考	腰椎装具												
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
申請時までに公金受取口座の登録が済んでいない方は利用できませんので、 <u>チェックを入れないよう</u> お願いします。													
公金受取口座を利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> と右欄に個人番号を記入し、口座情報の記入は不要です。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 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													

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

申請時までに公金受取口座の登録が済んでいない方は利用できませんので、チェックを入れないよう お願いします。

受印

チェック	Acrocity	総合システム

・原則、療養時(装具作成指示日)の世帯主の方の登録口座へお振込みします。