第三者（　あり　・　なし　）	県単（　あり　・　なし　）	入　院 外　来	一　般 退　職
学校・スポーツ大会のケガ等 業務中のケガ等、事故・けんか等	老　・　障　・　子・　親　・　妊・その他（　）		

決定額	点　　数	決定費用額	保険者負担分（支給決定額）	被保険者負担分	県単（　　）
		円	円	円	円

国民健康保険療養費支給申請書

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局等の名称及び所在地					
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					
傷病名・その原因		療養内容		療養に要した費用	円
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	発病（負傷）年月日	年　月　日	受付印	
国保加入期間	年　月　日から 年　月　日まで	傷病の経過			
被保険者記号・番号	柏崎	療養を受けた被保険者氏名生年月日個人番号	（S・H・R　年　月　日生） （個人番号　　）		
療養の給付を受けられなかった理由	1. 治療用装具を作った 2. 緊急、その他やむを得ない理由により加入保険情報の分かる書類を提出できなかった 3. 国保加入手続き中の受診 4. その他【　　】				

※太枠内をご記入ください。

上記のとおり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。

令和　　年　　月　　日

〒

住　所　柏崎市

世帯主

氏　名

柏　崎　市　長　様

（電話：　　）

（世帯主個人番号：　　）

振込先				
□ 公金受取口座を利用する ※公金受取口座は、世帯主様の口座に限ります。利用する方は口座情報の記入不要です。				
□ 振込口座を指定する				
金融機関支店名	銀行・信金 農協・信組 労金	本　店 支　店 出張所	口座番号	普通 当座
口座名義人（カタカナ）				