

様式第 22 号(第 24 条関係)

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者 記号・番号	埼久	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との 続柄	
		個人番号		入院・外来	
傷病名			一般・退職被 保険者等の別	一般・ <input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者	
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	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					
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		療養した費用の 額	円	
	傷病の経過				
	療養内容				
発病又は負傷 の理由	1: 疾病等 2: 第三者行為 (交通事故等) 3: 業務上の事故 (通勤含む。) 4: その他 ()				
備考					
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日 久喜市長 あて 〒 住所 世帯主氏名 個人番号 電話番号					
振込希望の金融機関			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		