

様式第14号 (その1)

| 国民健康保険療養費支給申請書   |  |        |     | 区分    |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|--|--------|-----|-------|--------------|-------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証  | 記号   | 埼玉所国   |     | 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  | 1            | 2     | 3          | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 |
| 傷病名  |  |        |     | 療養期間  | 令和4年12月 1日から |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 発病又は負傷年月日  | 年  | 月      | 日   |       | 年 月 日まで      |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 交通事故等の第三者行為  | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>   |        | 3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   | 所沢健康クリニック<br>所沢健康フラワー薬局  |        |     |       |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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   |  |        |     |       |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 療養の給付又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由  | 緊急のため  |        |     | 発病の原因 |              | 療した費用 |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |        |     | 傷病の経過 |              | 要     | 2,450      |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |        |     | 療養内容  |              | 用     | 6,500<br>円 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 備考   | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">                     公金受取口座を利用しない場合は、<br/>こちらに口座をご記入ください                 </div> |        |     |       |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支給金額を下記預金口座へ振込み願   |  |        |     |       |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 振込先金融機関  | 銀行<br>信用金庫<br>農協   |        |     | 支店    | 銀行コード        |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 公金受取口座を利用する場合は、必ずチェックをしてください。  |  |        |     | 口座番号  | 普通           |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 世帯主  |  |        |     | 当座    |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <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 |
| ※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、別紙証拠書類を添えて申請します。<br>令和5年 1月 1日<br>(宛先)所沢市長<br>世帯主 住所 所沢市並木1-1-1<br>氏名 健康 一郎<br>電話 04-2998-9131<br>個人番号 234567890123<br>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<br>氏名 健康 太郎<br>個人番号 123456789123 |  |        |     |       |              |       |            |   |   |   |   |   |   |   |   |

受付

|      |          |        |
|------|----------|--------|
| チェック | Acrocity | 総合システム |
|      |          |        |

・原則、療養時の世帯主の方の登録口座へお振込みします。