決定金額		一負担部金		支定給金決額	

富山県国民健康保険療養費支給申請書

① 被保険者証の記号番号	南砺	区分		②被保険者の療養を受けた氏名・生年月日		世帯主との続柄	
				個人番号			
③ 傷病名				診療薬剤の支給又は手当の内容	一般（入院・入院外・歯科） 装具ｺﾙｾｯﾄ その他（　　）		
④ 療養を受けた病院診療所、薬局等の名称及び所在地							
⑤ 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							
⑥ ④の病院等で療養を受けた期間 療養を受けた期間				⑦ 診療の給付を受けることができなかった理由			
⑧ 傷病の原因	□ 第三者行為 □ その他（　　）			⑨ 療養に要した額	円		
⑧ 傷病の経過				⑩ 申請額	円		
⑧ 療養内容				⑪ 以前に装具の着用申請した年月日	年　月　日		
⑫ 金融機関名	銀行 農協 金庫・組合	本店 支店 出張所		金融機関コード	―		
⑫ 預金の種類	1　普通預金　2　当座預金　3　その他（　　）						
⑫ 口座番号							
⑫ フリガナ							
⑫ 口座名義人							

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年　　月　　日

世帯主 住　　所南砺市

氏　　名　　㊞

個人番号

（ＴＥＬ　　）

（窓口に来た人の氏名　　続柄　　）

（あて先）　南砺市長

（添付書類）
装具装着証明書
補装具の領収書
医療機関等の領収書

税
有・無

	課長	係長	合議	主務者	受付印		総括	主務者	受付者	受付印
所管課						市民センター				