R1.5以降用

給国療③

国民健康保険　療養費支給申請書（一般・退職）

被保険者番号	豊　国	1 2 3 4 5 6 7
療養を受けた被保険者	氏名	豊中　花子
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ (令和) ・ 西暦　元 年 5 月 1 日
	個人番号	
世帯主との続柄		本人 ・ 妻 ・ (子)
療養を受けた病院等の名称		
傷病名		急性胃腸炎
療養を受けた期間		日 まで 日間）
療養の給付を受けることが出来なかった理由		）
第三者行為（交通事故等）による療養の有無		□ 有　☑ 無
療養に要した費用		

治療を受けた方の氏名等を記入ください

保険証忘れ等で10割支払の場合は、傷病名を記入ください

相手のある交通事故や傷害の場合は「有」
自損事故やケガ、疾病の場合は「無」

*太枠内をご記入ください。

（あて先）豊中市長

上記のとおり関係書類を添えて療養費の支給を申
あわせて、下記の口座への振込を依頼します。

世帯主の方の氏名等を記入ください

申請者（国保の世帯主）

住所　豊中市　中桜塚 3 丁目 1 番 1 号

氏名　豊中　太郎　(豊中) 印　個人番号

電話　06-6858-2525

口座振込依頼欄					
豊中 (銀行) 信金 信組	豊中 本店 (支店) 出張所	種目	口座番号		
金融機関コード	店舗コード	(1. 普通) 2. 当座 3. その他	0 1 2 3 4 5 6		
口座名義人（カタカナでご記入ください）		ト ヨ ナ カ　タ ロ ウ			

世帯主、もしくは被保険者の方の振込先をご記入ください

記入欄			
			円
			円
	国保後期分		円
			円
	支給決定額		円
	高齢1割　高齢2割　高齢3割　一部　80　82　86		

受付印
受付者