

課税区分	☐ 課税アイ	☐ 現役並み (I・II・III) ☐ 前期一般 ☐ 前期低II ☐ 前期低I ☐ 未就学児
	☐ 課税ウ	
	☐ 課税エ	
	☐ 課税オ	
	☐ 非課税	
公費負担区分	☐ 子ども	診療科目区分 ☐ 装具 ☐ 診療費医科 ☐ 診療費歯科 ☐ 調剤 ☐ 海外療養費 ☐ ()
	☐ 障がい	
	☐ 母子家庭等	
	☐ 精神 (該当あり)	
	☐ 精神 (該当なし)	
	☐ なし	

受付印

確認	
----	--

決定費用額	8割 の 7割	支給額

被保険負担

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者の氏名 生年月日	氏名 昭・平・令 年 月 日
療養の給付を受けること ができなかった理由			
受診した医療機関名及び所在地 医師・歯科医師・薬剤師の氏名			
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで 入・外 日間
発病・負傷 年月日	令和 年 月 日		
発病の原因		療養内容	
傷病の経過		療養に要した費用	円
上記療養に要した費用額のうち支給額を下記口座に振り込んで下さい。			
振込先	銀行等	銀行・農協 信金・漁協 信組・金庫	本店 普 支店 当
	ゆうちょ銀行		
	口座名義 (フリガナ)		
上記の通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。 なお、この申請は労災保険の給付対象または第三者行為による交通事故によるものではありません。			
令和 年 月 日 住所 半田市 世帯主 氏名 電話番号 世帯主 個人番号			
半田市長様			

☐ 住民基本台帳等で世帯主等の個人番号を確認することに同意します。