

	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 退職 (本人・扶養)	
課税区分	<input type="checkbox"/> 課税ア	<input type="checkbox"/> 上位	<input type="checkbox"/> 現役並み (I・II・III)
	<input type="checkbox"/> 課税イ	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 前期一般 (高・特)
	<input type="checkbox"/> 課税ウ	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 前期低II (高・特)
	<input type="checkbox"/> 課税エ		<input type="checkbox"/> 前期低I (高・特)
	<input type="checkbox"/> 非課税オ		<input type="checkbox"/> 未就学児
公費負担区分	<input type="checkbox"/> 子ども	診療科目区分	<input type="checkbox"/> 器具
	<input type="checkbox"/> 障がい		<input type="checkbox"/> 診療費 医科
	<input type="checkbox"/> 母子家庭等		<input type="checkbox"/> 診療費 歯科
	<input type="checkbox"/> 精神		<input type="checkbox"/> 調剤
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 海外療養費
			<input type="checkbox"/> ()

受付印

確認	
----	--

決定費用額	9割 の8割 7割	支給額

被保負担

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 令和 年 月 日まで 入・外 日間
発病・負傷 年月日	令和 年 月 日	療養内容	
発病の原因		療養に要した費用	円
傷病の経過			
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 (カガナ)			
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。