様式第22号(第24条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号	埼久	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
		個人番号		入院・外来	
傷病名		一般・退職被保険者等の別	一般・退本人 退被扶養者		
発病又は負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 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					
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					
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由		発病の原因		療養につき算定した費用の額	円
		傷病の経過			
		療養内容			
発病又は負傷の理由	1：疾病等　2：第三者行為（交通事故等） 3：業務上の事故（通勤含む。）　4：その他（　　）				
備考					

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

久喜市長　あて　〒

住所

世帯主　氏名

個人番号

電話番号

振込希望の金融機関	口座番号		普通・当座
銀行 信用金庫　支店 農協	フリガナ		
	名義人		