

様式第14号

国民健康保険療養費支給申請書					区分										
被保険者	記号	埼玉所国		療養を受けた被保険者	生年月日	昭和50年 1月23日									
	番号	123456			氏名	健康 太郎									
					個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
傷病名					療養期間	令和6年12月 2日から									
発病又は負傷年月日	年	月	日	年		月	日まで								
交通事故等の第三者行為	有・無					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			上海ABC病院 (中国)		国名をご記入ください										
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					現地通貨の金額をご記入ください										
療養の給付又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由	緊急のため			発病の原因											
				傷病の											
				公金受取口座を利用しない場合は、こちらに口座をご記入ください											
備考						療養に要する金額	200円 円								
振込希望の金融機関			口座番号						普通・当座						
銀行 信用金庫 農協			フリガナ												
支店			名義人 (世帯主)												
<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。			個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
申請時までに公金受取口座の登録が済んでいない方は、 <u>チェックを入れないよう</u> お願いします。															
上記のとおり申請します。 令和6年12月 2日 (宛先)所沢市長															
			世帯主	住所	所沢市並木1-1-1										
				氏名	健康 一郎										
				個人番号	234567890123										
				電話	090 (2345) 0123										
			申請者 (申請者が世帯主の場合は記入不要)	住所	所沢市並木1-1-1										
				氏名	健康 太郎										
				個人番号	123456789123										
				電話	090 (1234) 5678										

申請時までに公金受取口座の登録が済んでいない方は、チェックを入れないようお願いします。

受付

チェック	Acrocity	総合システム

・原則、療養時の世帯主の方の登録口座へお振込みします。