

様式第14号（その1）

国民健康保険療養費支給申請書				区分	
被保険者証	記号	埼所国		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	123456789123
傷病名				令和4年12月 4日から	
発病又は負傷年月日	年	月	日	療養期間	医師の意見書の日付
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	所沢整形外科クリニック				
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	関節 良好				
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	装具を作成したため			発病の原因	療養した費用 25,600円
				傷病の経過	
				療養内容	
備考	腰椎装具		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		
支給金額を下記預金口座へ振込み願					
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協			銀行コード	
公金受取口座を利用する場合は、必ずチェックをしてください。			支店		
世帯主			口座番号	普通	
			当座		
<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	234567890123	
※公金受取口座を利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> と右欄に個人番号を記入し、口座情報の記入は不要です。					
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。					
令和5年 1月 1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	
			電話	04-2998-9131	
			個人番号	234567890123	
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	

受付

チェック	Acrocity	総合システム

・原則、療養時（装具作成指示日）の世帯主の方の登録口座へお振込みします。