

下記の記載例のように着色された項目のみ記載してください。(その他の項目につきましては記載不要です。提出された書類を基に本市で記入します。)

国民健康保険療養費支給申請書				
被保険者証の記号番号	み多 10 A123456	療養を受けた被保険者の氏名及び世帯主との続柄	氏名 多賀城 太郎	続柄 子
世帯主名	多賀城 一郎	生年月日及び被保険者区分	大昭 平成 20 年 6 月 1 日	一・本・被
傷病名		療養期間	平成 年 月 日	日から 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				
療養の給付を受けることができなかった理由				
療養に要した費用	円			
備考	上記のとおり診療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。			
	平成 21 年 1 月 1 日			
	多賀城市長 殿			
	世帯主 住所 多賀城市中央2丁目1番1号			
	氏名 多賀城 一郎			
	T E L 022 (368) 1141			
口座 振替 依頼	多賀城 銀行	普・当	1234567	
	多賀城市役所前 支店	フリガナ 名義人	タガジョウ ハナコ 多賀城 花子	続柄 (妻)

該当する方を で囲んで下さい
【宮城県多賀城市公式ホームページ専用様式】

外来

入院