

国民健康保険療養費支給申請書

国保・退職(被・扶)

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	(年 月 日生)		
療養を受けた被保険者の個人 番号					
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 きなかつた理由					
傷 病 名 及 び そ の 原 因					
発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日				
傷 病 の 経 過					
療 養 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで				
療 養 内 容	1 保険医以外の医師の診療 2 伝染病予防法によるもの 3 柔道整復師の施術 4 あんま、はり、きゆう、マッサージ師の施術 5 生血 6 治療用補装具 7 その他()				
療養につき算定した費用額	円				
上記のとおり、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。					
年 月 日					
世帯主 住 所					
氏 名					
個人番号					
上川町長 様					
振込先	金融機関	銀行 信金 農協	店 支店 所	口座番号	
				口座名義	
備考					

決 済	下記のとおり 支給して よろしいか	課 長		課 長 補 佐		副 主 幹		主 査		主 事	
算 定 基 準	支給申請額	療養費に 要した費用	保険者負担額 (割)	一部負担額	他方負担額	支給決定額					
	円	円	円	円	円	円					