

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 年 月 日まで 日間		
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		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>個人番号</p> <p>上川町長 様</p>			
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 円	療養費に 要した費用 円	保険者負担額 (割) 円	一部負担額 円	他方負担額 円	支給決定額 円