

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	み山	療養を受けた 被保険者氏名			世帯主 との続柄
		生年月日	S・H・R 年 月 日		
		個人番号			
傷病名				療養 期間	年 月 日から
傷病の理由	1. 第三者行為 2. その他				年 月 日まで
発病・負傷年月日	年 月 日				(日間)
診療調剤の支給又は 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	名 称				
	所 在 地				
診療又は調剤に従事 した医師、歯科医師 又は薬剤師氏名					
療養の給付 を受けること ができな かった理由			発病の 原因		
			傷病の 経過		
			療養 内容		
備 考			×0.7=		
			×0.8=		
			×0.3=	支給決定額	
			×0.2=	円	
振込 口座	フリガナ			普通 当座 貯蓄	口座番号
	名義人				
	銀行・信 金 支店 農 協・信 組 支所				
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					
住所 山元町					
世帯主 電話番号					
氏 名					
個人番号					
山元町長 殿					

保険者使用欄				収受印
決裁欄				
課長	参事	班長	班員	

添付書類
 ・領収書
 ・診療報酬明細書