

国民健康保険療養費支給申請書

大台町長 様

決 裁	課長	係長	係

次のとおり、療養の支給について療養に要した費用に関する証拠書類をそえて申請します。

平成 年 月 日

世帯主	記号番号	一般(高齢)・退職(本人・扶養) 番号	号
	住所	大台町	番地
	氏名	(印)	

診 療 に 関 す る 内 容	受療者	氏名				
	養	世帯主との続柄				
	た	生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	者	発病負傷年月日	平成	年	月	日・不詳
	傷病の原因					
	療養を受けることができなかった理由		給付外による その他 ()			
	診療等の期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	医療機関等の名称所在及び医師等の氏名					
	傷病の原因					
	診療等の内容		1,柔道整復 2,アンマ・マッサージ 3,はり・灸 4,医科 5,歯科 6,調剤 7,看護料 8,移送料 9,コルセット 10,生血			
療養の費用額		円	傷病経過	入院中 通院中		
第三者行為の有無について		有・無	第三者の氏名	第三者の住所		

振込先	金融機関名	銀行 店 信用金庫 支店 農協 支所		
	名義人氏名(フリガナ)			
	預金種目	普通(総合) 当座	口座番号	

審査決定額	一部負担額	差引支給額
	(高齢) 10%・20%・30% (一般) ・20%・30%	
円	円	円

※ 添付書類(医師の意見書兼補装具装着証明書・領収書)