

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号						
被保険者の区分		1 一般 2 退職本人 3 退職家族 4 前期高齢者 (割) 5 未就学児				
療養を受けた被保険者の氏名		世帯主との続柄	性別	生 年 月 日	個 人 番 号	
				年 月 日		
療 養 の 内 容						
療 養 費	傷 病 名			発病または負傷の年月		
	1 別紙診断書又は意見書等のとおり			年 月 日		
	2					
	療 養 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日			
	診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療機関等の所在地及び名称			所在地		
				名 称		
	診療に従事した医師、歯科医師薬剤師または施術師の氏名					
	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						
第三者行為の有無			有 ・ 無			
療養に要した費用		円				
支給決定金額		円 (費用額) × $\frac{\text{割}}{100}$ = 円 10割				
受 領 の 方 法	窓口受領	口座振替	金融機関	1 岩手銀行 5 岩手県信漁連 2 北日本銀行 6 ゆうちょ銀行 3 宮古信用金庫 7 その他 4 新岩手農協 支店(所)	預金種別	
			口座番号			普 通
			フリガナ			
			名 義			

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 _____ 印

個人番号 _____

山 田 町 長 様

電話番号 _____