

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	-	福祉医療 (該当に○)	無・子・障・精・母		
区分	一般被保険者・退職被保険者・被扶養者				
療養を受けた 被保険者	氏名	生年月日			
	個人番号				第三者行為 有・無
傷病名			発病・負傷 年 月 日	年 月 日	
療養の期間	年 月 日 から		日間		
	年 月 日 まで				
移送の区間			移送の方法		
診療、薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所、薬 局その他の者の所在地名称	所在地				
	名称				
診療又は調剤に従事 した医師又は薬剤師	氏名				
療養の給付又は特定療養費 の支給を受け ることができ なかつた理由	発病の原因				
	傷病の経過				
	療養の内容				
	療養等につき 算出した費用の額	円			
前回申請された 口座	***** *****	***** 名義人 *****			
新規及び上記 口座から変更 を希望される 方は右にご記 入ください。	金融機関名	本支店名	種 目	口座番号	
	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所	普通 当座 その他		
	フリガナ	-----			
	口座名義人	-----			
添付書類	1. 領収書 2. 医師の証明書又は診療報酬明細書 3. 被保険者証				
本書のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 (宛先) 幸田町長 <span style="float: right;">年 月 日</span> 住 所 _____ (世帯主) 氏 名 _____ (印) 個人番号 _____ 電 話 [      ]					

療養に要 した費用	円	審査決定 費用額	円	増減額の 内 容	支給決定 金 額	円
処 理 欄	被保険者資格の有無	決定通知	支払完了	納付台帳記入	本人 確認 欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 (      )
	有      無	支      給 不      給				