

国民健康保険 療養費 支給申請書

被保険者証記号番号						
療養を受けた被保険者	氏名					
	個人番号					
	世帯主との続柄					
傷病名		療養期間	平成	年	月	日から
発病・負傷年月日			平成	年	月	日まで
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		名称				
		所在地				
診療又は薬剤に従事した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名		医師・歯科医・薬剤師				
療養の給付を受け ることができなかった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 補装具 ・ その他 	発病原因		療養に要した費用	円	
		傷病経過				
		療養内容				
備考						
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。(裏面)						
平成 年 月 日						
住 所 浜中町						
世帯主氏名 ⑩						
個人番号 (窓口に来た方)						
連絡先 - -						
浜中町長 様						
口座振替依頼欄	銀行名	支店名	種目	口座番号		
			1. 普通 2. 当座			
	口座名義人					

負担区分: 一般(3割) 退職(3割) 3歳未満(2割) 70歳以上(1割・2割・3割)