

(記入例: 治療用装具の場合) 国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証番号	012345 (保険証上部に記載があります)			
被保険者	住所	六戸町大字犬落瀬字前谷地60	生年月日(S)・H・R	57年 6月 28日
	氏名	六戸 太郎	個人番号	0000000000000000
世帯主氏名	六戸 太郎	個人番号	0000000000000000	
傷病名	〇〇骨折	療養年月	令和 4年 3月	
療養期間	令和 4年 3月 12日から 令和 4年 3月 13日まで 2日間			
診療、薬剤の支給又は手当を受け、他の者の名称及び所在地	(名称)	〇〇クリニック		
	(所在地)	〇〇市〇丁目△-△		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	別添 〇〇診断書・診療報酬明細書・証明書 のとおり			
傷病の原因及び経過、療養内容	別添 〇〇診断書・診療報酬明細書・証明書 のとおり			
療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/>	コルセット等の治療用装具を装着したため		
	<input type="checkbox"/>	以前加入していた保険の保険証を使用したため		
	<input type="checkbox"/>	緊急で保険証を持たずに医療機関を受診し、医療費全額(10割)を自己負担したため		
治療を受けた理由	<input type="checkbox"/>	1. 第三者行為(交通事故等)	<input checked="" type="checkbox"/>	2. その他(疾病等)
療養に要した費用	〇,〇〇〇〇円	備考 滞納…有・無	負担割合(割)	
上記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。				
申請年月日	令和 4年 4月 1日			
住所	〒039-2392 六戸町大字犬落瀬字前谷地60			
氏名	六戸 花子			
電話番号	0176-55-3111			
六戸町長 殿	支給決定額 (別紙算定)		円	
振込先	金融機関名	六戸	銀行 農協 本店	六戸 支店
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	(カナ) ロクノハ タロウ	名義人 六戸 太郎