

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証番号			
被保険者	住所	生年月日	S・H・R 年 月 日
	氏名	個人番号	
世帯主氏名		個人番号	
傷病名		療養年月	令和 年 月
療養期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた他の者の名称及び所在地		(名称) (所在地)	
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 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 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 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 type="checkbox"/> 2. その他(疾病等)
療養に要した費用	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 年 月 日			
〒			
住所 _____			
氏名 _____			
電話番号 _____			
六戸町長 殿		支給決定額 (別紙算定)	円
振込先	金融機関名	銀行・農協	本店
		信金・組合	支店
	口座番号	(カナ)	
		名義人	