

国民健康保険療養費支給申請書

記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	
個人番号			
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病・負傷 年 月 日	年 月 日		
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			
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			
発病の原因		傷病の経過	
療養の内容	医療費・	療養に要し た金額	円
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	<input type="checkbox"/> 装具作成の為 <input type="checkbox"/> 他制度による受診の為 <input type="checkbox"/> その他（ ）		装具採寸日
			/
備考	第三者行為：有・無		
振 込 先	※どちらかに、チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した世帯主の公金受取口座を利用します。 ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の振込先口座欄についての記載は 必要ありませんが、記載があった場合には以下の振込先口座への振込を優先します。 <input type="checkbox"/> 下記世帯主の振込先口座に振り込みを希望します。		
	振込先口座	フリガナ	
		口座名義人	
		銀行 信金 本店 支店 農協 漁協 支所 出張所	
普通 当座	口座番号		
上記の療養に要した費用を支給されるよう関係証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 個人番号 住 所 黒潮町 氏 名 電話番号 黒潮町長 様			
国保・退職	高齢受給者区分	医・歯・調・装	世帯 No.
(7・8・9) 割給付	(一定以上・一般・区分Ⅰ・区分Ⅱ)	件 日	