

国民健康保険療養費支給 申請書

(年 月診療分)

太枠内を記入してください

被保険者証 記号・番号	菊陽							氏名	(一般・退本・退扶)	
傷病名							療養を受けた 被保険者	生年月日	S H R	年 月 日
								世帯主との続柄		
発病・負傷 年月日							傷病の 原因			
療養期間	年 月 日から						傷病の 経過			
	年 月 日まで						療養の 内容			
	日間									
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 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										
療養に要した費用										
療養の給付を受けることがで きなかつた理由										
振込先		銀 行 信 金 農 協						本 店 支 支 所		
		()						()		
口座番号	普							口座名義人 (カナ)		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">請求</p>										
<p>年 月 日</p> <p>世帯主</p>										
		個人番号								
		住所 菊陽町								
		氏 名							印	
		菊陽町長 様								
		電話番号								
※備考	上記の診療に、交通事故等の第三者行為に該当するものがあるか (はい・いいえ) H・R 年 月診療分									
※支給決定額							9割	受付No		受付印
							8割			
							7割			