

# 国民健康保険療養費支給申請書

福祉医療(有・無) 一般・退職(本人・家族)

保険証 記号番号	OK	療養を受けた 被保険者名	
傷病名		個人番号	
		世帯主との関係	
発病・負傷 年月日	年 月 日	療養の 期間	~ 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

種類	補装具 ・ 診療費 ・その他( )	申請理由	
発病または 負傷理由	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等) ( )	負担割合	割
			支給決定額  円

備考	費用額 円 保険者負担額 円 一部負担金 円
----	------------------------------

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。

年 月 日

住 所 邑楽町大字

世帯主氏名

個人番号

申請者氏名

邑楽町長 宛て

金融機関名	支店名	普通・当座	名義人氏名	
金庫 銀行 農協	本店 支店 支所	口座番号	力ナ	
			漢字	