

# 国民健康保険療養費支給申請書

一般 退本 退扶

|            |  |                     |                |                 |
|------------|--|---------------------|----------------|-----------------|
| 療養を受ける者の氏名 |  |                     | 生年月日           | 年 月 日           |
| 個人番号       |  |                     | 被保険者証<br>記号・番号 | 290551<br>奈14 - |
| 診療及び診療期間   | 年 月  | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) |                |                 |
| 診療種別       | <input type="checkbox"/> 補装具(外・入) <input type="checkbox"/> 診療費 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> 海外療養<br><input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・灸 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他 |                     |                |                 |
| 傷病名        |  |                     |                |                 |
| 診療医療機関     | 医療機関名<br>または施術師  |                     |                |                 |
|            | 所在地  |                     |                |                 |
|            | 医療機関コード  |                     |                |                 |
| 発症・負傷理由    | <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> その他  |                     |                |                 |

|           |   |         |   |
|-----------|---|---------|---|
| 療養に要した費用額 | 円 | 食事回数    | 回 |
| 一部負担金     | 円 | 食事費用額   | 円 |
| 支給金額      | 円 | 食事標準負担額 | 円 |

|     |                          |                 |          |           |  |
|-----|--------------------------|-----------------|----------|-----------|--|
| 振込先 | 銀行<br>信用組合<br>信用組合<br>農協 | 支店<br>本店<br>出張所 | 普通<br>当座 | 口座番号      |  |
|     |                          |                 |          | 口座名義人(カナ) |  |
|     |                          |                 |          |           |  |

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。

令和 年 月 日

三郷町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

電話番号