

(記入例:治療用装具の場合)国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証番号		012345 (確認書等に記載の番号6ケタ)			
被保険者	住所	六戸町大字犬落瀬字前谷地60		生年月日	S・H・R 57年 6月 28日
	氏名	六戸 花子		個人番号	0000 0000 0000
世帯主氏名		六戸 太郎		個人番号	0000 0000 0000
傷病名		〇〇骨折		療養年月	令和 4 年 3 月
療養期間		令和 4 年 3 月 12 日から 令和 4 年 3 月 13 日まで 2 日間			
診療、薬剤の支給又は手当を受け、他の者の名称及び所在地		(名称) 〇〇クリニック			
		(所在地) 〇〇市口丁目△ー△			
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・証明書のとおりのとおり			
療養の給付を受けることができなかった理由		☒ コルセット等の治療用装具を装着したため			
		☐ 以前加入していた保険を使用したため			
		☐ 緊急で資格確認書やマイナ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		☐ 1. 第三者行為(交通事故等)		☒ 2. その他(疾病等)	
療養に要した費用		0,000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 8 年 4 月 1 日					
〒039-2392					
住所 六戸町大字犬落瀬字前谷地60					
氏名 六戸 花子					
電話番号 0176-55-3111					
六戸町長 殿				支給決定額 (別紙算定) 円	
振込先	金融機関名	メイプル		銀行 農協 信金・組合	本店 六戸 支店
	口座番号	00000000		(カナ) 名義人	ロクノヘ タロウ 六戸 太郎