

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証 番号					
被 保 険 者	住 所		生 年 月 日	S・H・R	年 月 日
	氏 名		個 人 番 号		
世 帯 主 氏 名			個 人 番 号		
傷 病 名			療 養 年 月	令 和	年 月
療 養 期 間		令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間			
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局 の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		別 添 診 断 書 ・ 診 療 報 酬 明 細 書 ・ 証 明 書 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			
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		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 年 月 日					
〒					
住 所 _____					
氏 名 _____					
電話番号 _____					
六戸町長 殿			支給決定額 (別紙算定)	円	
振込先	金融機関名	銀行・農協 本店			
		信金・組合 支店			
	口座番号			(カナ)	
		名義人			