

国民健康保険 療養費 支給申請書

被保険者 記号番号	山 1 2 6 0 - -	療養を受けた 被保険者氏名	
傷 病 名		個人番号	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日生
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 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・薬局その他の名称及び 所在地	名称	
	所在地	市・区・町・村

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	
-------------------------------	--

療養の給 付等を受 けること ができな かった理 由	<input type="checkbox"/> 補装具装着	発病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為ではない	費 用 額	
	<input type="checkbox"/> 保険未提示		<input type="checkbox"/> ()		
	<input type="checkbox"/> 他健康保険への返納	傷病の経過	<input type="checkbox"/> 治療上装具の装着が必要		
<input type="checkbox"/> 海外での療養	<input type="checkbox"/> ()				
<input type="checkbox"/> その他 ()	療養の内容		補装具・診療(医・歯・調)・ 生血輸送・その他 ()		円

世帯主の振込先口座番号	種類	口座番号	
銀行 支店	普通	フリガナ	
信用金庫 店	当座	口座名義人	
農協 支所		(世帯主)	

備 考	
-----	--

※国民健康保険税	済 ・ 未	確認	
----------	-------	----	--

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。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 柳井市

氏 名

個人番号

電話番号

—

(宛先) 柳井市長