



国民健康保険療養費支給申請書

世帯No.

就前	一般	前期	高齢	退職本人	退職家族
7割・8割・9割					

療養を受けた被保険者	記号番号	生年月日	年	月	日
	個人番号				
	氏名	(歳)	世帯主との続柄		

病名	別紙のとおり	療養期間	年	月	日から
発病・負傷年月日	年		月	日まで	
入院・外来	入院・外来		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				
	医師または薬剤師の氏名				

療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因	療養に要した費用			
	傷病の経過				
	療養期間				

備考	第三者行為等 (有・無)
----	--------------

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 町の町

世帯主

氏 名

個人番号

(世帯主の記号番号)

(電話

)

町の町長 様

振込先	銀行・農協 信金・労金	店・支店 所・支所	名義人	(フリガナ)
	普通・当座			

助成内訳	費用額	他法優先	被保険者負担額	支給額