

国民健康保険 療養費支給申請書

大川市長 殿

療養を受けた者	記号番号	—				<input type="checkbox"/> 高齢8割 <input type="checkbox"/> 前高7割 (65~69歳) <input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 高齢7割 <input type="checkbox"/> 未就学児
	氏名					生年月日	年 月 日
	個人番号					一般・退	世帯主との続柄
	傷病名					療養期間 (入院・外来)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	診療・薬剤の支給又は手当等 を受けた保険医療機関	名称					
		所在地					
	交通事故等の第三者行為	(有 ・ 無)					
	療養の給付を受けることが できなかった理由	1 治療用装具装着のため 2 資格確認書等の提示ができなかったため 3 その他 ()					

上記のとおり、証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。

支払方法 <small>(原則世帯主の口座)</small>	1 口座振込 銀行 本店 信金 支店 普通・当座 農協 支所
	口座番号 <input type="text"/> 口座名義人(カナ) _____
2 現金 (後日窓口で受け取り)	

年 月 日
 住 所 〒 8 3 1 - 0 0
 大川市大字
 世帯主 氏 名 _____ 印 (現金受取の場合)
 個人番号
 電 話 _____

療養に要した費用額 _____ 円

支給金額 _____ 円

補装具の申請

- 医師の証明書
- (見積書)
- 請求書
- 領収書

立替払いの申請

- 請求先に支払った領収書原本
- 同意書または診療報酬明細書

10割負担の申請

- 医療機関の領収書

チェック	受付