

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	103	番号	
療養を受けた被保険者	氏名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主 との続柄	
	個人番号			
傷病名		発病・負傷 年 月 日		平・令 年 月 日
医療機関等	名称	領収書等で確認		
	所在地	領収書等で確認		
医師、歯科 又は薬剤師	医師、 の氏名	領収書等で確認		
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	01 一般診療	02 補装具	03 弾性着衣等	
	04 弱視等治療用眼鏡	05 はり・きゅう	06 あんま・マッサージ	
	07 特別療養費	08 食事差額療養費		
発病の原因		療養に要した 費用	円	
第三者行為の有無	有 () ・無			
傷病の経過				
療養内容				
支給決定額			円	
備考				

上の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

氏名

個人番号

電話番号

広川町長 様

※世帯主名義の預金口座

銀行・農協 信金・信組	種別	普通	口座番号	
本店・営業部 支店・出張所	(カナ) 名義人			