

# 国民健康保険療養費支給申請書 [一般・装具]

被 保 険 者 欄	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 3歳未満  <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人      70歳以上 <input type="checkbox"/> 1割  <input type="checkbox"/> 退職被保険者扶養 <input type="checkbox"/> 3割	記号番号	奈 1 2 -			
		氏名				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
傷病名	明細書・意見書記載のとおり		療養期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間			
発病・負傷年月日	平成 年 月 日					
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地						
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						
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	合計		
	傷病の経過			一部負担金		
	療養の内容			保険給付費		
備考						
申 請 欄	上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類（領収書及び診療内容の明細書）を添えて申請します。  平成 年 月 日 住所 山添村大字 番地 世帯主 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____  （あて先） 山添村長					
	支払機関名	金融機関名称	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
				普通・当座・ ( )		
	欄は、記入しないでください。					