国民健康保険療養費支給申請書

大鰐町長　山田　年伸　殿

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

（　　年　　月分）

被保険者証記号番号	大鰐・００	世帯主名	
世帯主個人番号			
療養を受けた被保険者		昭 平 令	年　月　日生
個人番号			
傷病名 負傷年月日		年　月　日	
診療、薬剤の支給、又は手当を受けた病院等その他の者の所在地	所在地		
	名称		
療養を受けた期間	年　月　日から同月　　日まで（　　日間）		
療養の給付を受けることができなかった理由	現物給付をしていないため		
傷病原因	１．一般疾病等　　２．交通事故等第三者行為　　３．労災事故		
傷病の経過		治療に要した費用	円
治療の内容			
備考	付添看護料、診療費、治療用装具代		

上記に係る療養に要した費用については、下記の金融機関の口座に振り込むよう申し出します。

口座振込依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号								
			普通・当座 その他									
	フリガナ											
	口座名義人			㊞								

申請者情報	年　月　日 大鰐町大字 （申請者）　㊞　（続柄：　　） 連絡先電話番号：

【支給決定欄】

課長	副参事・課長補佐	係長	係	算出基礎	
				費用額	A
				被保険者支払額	B
支給決定額	円（　　×　／10　）				