

決 裁	課 長	副課長	係 長	係

国民健康保険療養費支給申請書(療養費)

療養を受けた者 (被保険者)	被保険者番号	上 -		
	個人番号			
	フリガナ 氏 名			(印) 性別 男・女
	生年月日	昭・平 年 月 日生	資格種別	1.一般 2.退職本人 3.退職被扶養者
	住 所	〒 - (電話 - -) 上峰町大字 番地		
傷 病 名				
発病の原因および経過		1.病 気 ()		
		2.ケガ ()		
		ケガの負傷原因		(1).第三者行為によるもの (2)その他()
※第三者行為による場合		第三者の	氏名	
			住所	
診療を受けた医療機関等の		名 称	所 在 地	診療した医師等の氏名
		名 称	所 在 地	診療した医師等の氏名
診療を受けた期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
上記の期間に入院していた場合は、その期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
療養に要した費用の額		_____ 円		
診 養 の 内 容				
療養費の支給申請の理由		1. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 2. 誤って他の保険者の保険証を使用したため 3. その他(理由:)		

上峰町長 様

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。

平成 年 月 日

申請者 (世帯主)	住所	〒 - (電話 - -) 上峰町大字 番地		
	氏名	(印) 被保険者との続柄 ()		

《処理欄》
 支給額 費用額 円 × (7割 ・ 8割 ・ 9割) = 円