

## 国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |                                |  |                                  |  |   |  |
|--|--|--------------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| 被保険者証等の<br>記号番号  |  |                                |  | 療養を<br>受けた<br>氏名                 |  | 国<br>退<br>職<br>人<br>(本<br>被<br>扶<br>養<br>者) |  |
| 傷病名  |  |                                |  |                                  |  |   |  |
| 発病年月日  |  | 平成 年 月 日                       |  | 療養期間                             |  | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで                    |  |
| 傷日   |  | 平成 年 月 日                       |  |                                  |  |   |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、<br>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<br>又は薬剤師の氏名 |  | 療養を受けた日数                         |  | 療養を受けた日数                                    |  |
|  |  |                                |  |                                  |  | 療養を受けた日数                                    |  |
| 療養の給付<br>を受ける<br>理由  |  | 傷病の原因                          |  | <input type="checkbox"/> 第三者行為該当 |  | ※療養に要した費用                                   |  |
|  |  |                                |  |                                  |  |   |  |
| 備考   |  | ※ 審査日 平成 年 月 日                 |  | 療養内容                             |  | 円   |  |
|  |  |                                |  |                                  |  | 円   |  |
| <p>上記のと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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下川町長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主 下川町</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> |  |                                |  |                                  |  |   |  |

|                  |                       |   |                       |   |
|------------------|-----------------------|---|-----------------------|---|
| 保<br>險<br>者<br>欄 | 支<br>給<br>申<br>請<br>額 | 円 | 支<br>給<br>決<br>定<br>額 | 円 |
|                  | 支<br>給<br>決<br>定<br>額 | 円 |                       |   |