

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		療養を受けた 被保険者氏名	
世帯主との続柄		生 年 月 日	年 月 日( 歳)
個 人 番 号		電 話 番 号	
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 ( 入 ・ 外 )
発 症 又 は 負 傷 年 月 日			
発 症 又 は 負 傷 の 原 因		傷病の経過	
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			
療養内容	・診療費 ・補装具 ・その他	補装具の種類又は療養の給付を受けることができなかった理由	
療養に要した費用	円	第三者行為の有無	有 ・ 無
計 算 基 礎	円×0.7＝ 円 (自己負担 円)		
振 込 希 望 金 融 機 関	銀行 ・ 組合 ・ 農協 支店 ・ 支所		
口 座 番 号	普通 当座	No.	口座名義人
<p>国民健康保険法施行規則第 27 条第 1 項により、上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 六ヶ所村大字</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑨</span></p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">六ヶ所村長 様</p>			

※太枠の中のみ記入してください

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		療養を受けた 被保険者氏名	六ヶ所 太郎
世帯主との続柄	本人	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日( ○ 歳)
個人番号	○○○○○○○○○○○○	電話番号	0175-72-2111
傷病名	足部打撲	療養期間	令和○○年○○月○○日から 令和○○年○○月○○日まで ○日間( <input checked="" type="radio"/> 入 ・ 外 )
発症又は 負傷年月日	○年○月○日頃		
発症又は 負傷の原因	転落 or 転倒 or 疲労の蓄積	傷病の経過	入院中 or 経過観察
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			
療養内容	・診療費 ・補装具 ・その他	補装具の種類又は 療養の給付を受けることが できなかった理由	
療養に要した 費用	円	第三者行為の有無	有 ・ 無
計算基礎	円×0.7＝ 円(自己負担 円)		
振込希望 金融機関	○○ <input checked="" type="radio"/> 銀行 ・ 組合 ・ 農協 ○○ <input checked="" type="radio"/> 支店 ・ 支所		
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	No.○○○○○○○○○○	口座名義人 六ヶ所太郎
国民健康保険法施行規則第27条第1項第1項により、上記のとおり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 六ヶ所村大字尾駈字野附 475 番地 氏名 六ヶ所 太郎 <input checked="" type="radio"/> 個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○			
六ヶ所村長 様			

※太枠の中のみ記入してください