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	

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。

年　　月　　日

世帯主　住所　六ヶ所村大字

氏名

個人番号

六ヶ所村長　　様

※太枠の中のみ記入してください

記入例

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	足部打撲等	療養期間	令和○○年○○月○○日から 令和○○年○○月○○日まで ○日間（ (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、転倒、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	○○　(銀行)　・　組合　・　農協　　○○　(支店)　・　支所		
口座番号	(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　六ヶ所村大字尾駮字野附 475 番地
氏　名　六ヶ所　太郎
個人番号　○○○○　○○○○　○○○○

六ヶ所村長　　様

※太枠の中のみ記入してください