

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		療養を 受けた人	被保険者氏名			
第三者行為	有 ・ 無		生年月日	年 月 日		
傷病名			個人番号			
発病・負傷年月日	年 月 日		入 / 外	本人 家族	未就 高8 高7	外来 入院
診療年月	年 月					
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他のものの名称及び所在地

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印

療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 補装具	発病の原因	療養に要した費用	円	
	<input type="checkbox"/> 海外診療				傷病の経過
	<input type="checkbox"/> はりきゅう				
<input type="checkbox"/> あんまマッサージ	療養内容				
<input type="checkbox"/> 自費受診					
<input type="checkbox"/> その他					
〔 〕					

振込先	銀行・農協 信用金庫・信用組合			本店 支店	普通・当座・()
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)			

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。

年 月 日

世帯主 住 所 志免町 _____

個人番号 _____

氏 名 _____

(電話 _____)

志免町長殿

処 理 欄	資格区分	申請区分	保険者負担割合			
	未就	装具代	費用額	円	7割	乳 障 親
	一般	その他	保険給付	円	(一般・70以上一定上)	
	前期65歳～69歳		高額療養費	円	8割 (就学前)	円
	70以上一般・I・II		支給決定金額	円	(70以上一般・I・II)	自己負担
70以上一定	税未納		有 ・ 無	充当額	円	本人 受領額