

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号		療養を受けた 被保険者氏名 または個人番 号			
傷 病 名		療養期間	年 月 日から		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日まで		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名所及び所在地					
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					
療養の給 付を受けることが できなかった理由	発 病 の 原 因			療養に要 した費用	円
	傷 病 の 経 過				
	療 養 内 容				
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 本 信 用 金 庫 店 農 協 支	口座番号	普 当		
口 座 名 義 人 氏 名	カタカナでご記入ください。				
備 考					
<p>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申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 大口町</p> <p>世帯主 氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電 話</p> <p>大口町長 様</p>					

(届出人) 住 所 _____
氏 名 _____ 続柄 _____

診 療 に 要 した 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	支 給 決 定 金 額	円
処 理 欄	被保険者資格の有無	決定通知	支払完了	給付台帳記入	
	有 無	支 給 不 支 給			