

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号	10001	療養を受けた 被保険者氏名 または個人番 号	大口 花子		
傷 病 名			年 月 日		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	日間				
診療、薬剤の支給 局その他の名所及	領収書、診療明細書で確認するため、 傷病名や医療機関の名称、金額等は 未記入で提出してください。				
診療又は調剤に従 氏名					
療養の給 付を受け ることが できなか った理由					
		療 養 内 容			円
振 込 先 金 融 機 関	銀行 本店 三井UFJ 信用金庫 江南 支 農 協	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。 オオグチ タロウ				
備 考					
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。					
令和 X 年 4 月 1 日					
住 所 大口町下小口七丁目155番地					
世帯主 氏 名 大口 太郎					
個 人 番 号 0000 0000 0000					
電 話 0587-95-1116					
大口町長 様					

(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			