

(R5.4~)

# 国民健康保険 療養費(一般診療・他) 支給申請書

被 保 険 者 証 号 記 号 番 号	み和 A	フリガナ	
		療養を受けた 被保険者氏名	
個 人 番 号		生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
発病(負傷)年月日		傷 病 名	
療 養 の 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者行為以外(疾病等)		
療 養 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)		
療養の給付を受け られなかった理由			
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、薬局等の名称及び所在地	所在地： 名 称：		
診療又は調剤に従事した 医師、薬剤師の氏名	氏 名：		
療養の内容及び経過			
		療養に要した費用	円

支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い			
振込先金融機関	金融機関 コード	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 店 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;店 舗&lt;br/&gt;コード&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;口 座 種 別&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人 (カタカナ)			

大和町長 殿

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 (世帯主) 千 -

住 所：大和町

氏 名：

個人番号：

電 話： ( )

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者	<input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏 名	住 所	<input type="checkbox"/> 同上
		電話番号	

添付書類：領収書写し(又は証する書面) 保険証、通帳(又はカード)の写し 診療報酬明細書(又は療養費証明書)	<input type="checkbox"/> 国保税未納 (有・無)	受付欄(受付者： )
乳幼児(小学校就学前)・65歳未満 前期70歳未満・前期70歳以上(一般・一定以上・他)		
費用額： 円	給付割合： 割	支給額： 円