

支給区分	一般診療・補装具・海外療養・特別療養
------	--------------------

国民健康保険療養費支給申請書

個人番号（マイナンバー）									

被保険者証の 記号番号	—	療養を受けた被保険者 氏名及び生 年月日	昭和 平成 令和							
区 分	一般・退職（本人/家族） 高齢受給者（1割/2割）	年月日	年	月	日生（男・女）					
傷 病 名		療 養 期 間	令和	年	月	日から				
発病、負傷 年 月 日	令和 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、その他の者の名称及び所在地		名 称								
		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	・補装具のため給付外請求 ・海外での診療のため ・その他（以下のとおり）	発病原因		療 養 に 要 し た 費 用	費用額 [食事金額]	_____円				
		傷病経過			支給額 [食事療養費]	_____円				
		療養内容			一部負担金 [標準負担額]	_____円				
確認事項	・発病原因は、第三者行為（交通事故等）、業務上の災害 以外であること。									
<p>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。 療養費の受領方法については下記の口座へ振込みしてください。</p> <p>令和 年 月 日 （あて先）下仁田町長</p> <p>申請者 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 電話 _____</p> <p>来庁者 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 申請者との関係 電話 _____ ()</p>										
銀行 信金 信組 農協	本店 支店 本所 支所	預金 種別	普通・当座・貯蓄	名 義 人	カ ナ 漢 字					
		口座 番号								