

支 給 年 月 日
令和 年 月 日

承 認	不 承 認	(不承認の場合、その理由)
-----	-------	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

療養年月	令和 年 月分
------	---------

区 分	1 社・国	1 単独 2 2 併 3 3 併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入 8 高外 9 高入 0 高外
-----	-------	------------------------	------------------------------	--------------	------------------------------

公費負担者番号								保 険 者 番 号			3	3	0	2	9	0
受 給 者 番 号								被保険者 記号番号	岡 2 9							
療養を受けた 被 保 険 者	氏 名		昭・平・令 年 月 日生													
	個人番号												男・女	続 柄		
※ 傷 病 名								※ 発病又は負傷 年 月 日	令和 年 月 日							
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)							※ 療養に要した 費 用	療養の給付	円						
									食事療養費	円						
※診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局等	所 在 地															
								名称及び医師又は 薬剤師氏名								
※発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過								発病（負傷）の原因								
								1. 第三者行為（交通事故等） 2. その他（自損事故・疾病等）								
療養の給付を 受けることがで きなかった理由																
種別区分	1			2	3	4	5	7	8	99	88					
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔 道	マッサージ	ハリ・ キュウ	移 送	その他	特別療 養費	保険者 間調整				
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙（裏面）証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住所 都窪郡早島町 申請者 氏名 (世帯主) 早島町長 様 個人番号 電話 () -																
この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。 銀行 信用金庫 店 預金種目 1. 普通預金 口座番号 農協 支所 2. 当座預金 3. フリガナ 名義人																

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決 定	件 数	日 数	点 数	費用額	支給額（保険者分）	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

氏名