

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

上島町長 様

申請者住所

世帯主氏名

電話番号 — —

別紙書類を添えて、療養に要した費用に関する療養費の申請をします。

被 保 険 者	氏名		被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		記号 番号			
	生年月日 年 月 日							
世帯主との 続 柄		発 病 の 原 因		1 第三者行為 2 その他				
発病・負傷		年 月 日		医 療 期 間		年 月 日～ 年 月 日(日間)		
(医療の種類)		(添付すべき証拠書類)		療養に要した費用		円		
1 看護		領収書・意見書・看護証明		一 部 負 担 額		円		
2 治療用装具		領収書・診断書		保 険 者 負 担 額		円		
3 あんま・マッサージ		領収(明細)書・同意(診断)書		公 費 負 担 額		円		
4 はり・きゅう		領収(明細)書・同意(診断)書		※ 審 査 決 定 額		円		
5 柔道整復		領収(明細)書						
6 その他()		領収書・診断書等						
7 一般診療 医・歯・薬		領収書・明細書(レセプト)						
一般診療を 受けた理由								
傷病名		発病の 原 因		傷病 経 過		療養 内 容		
医療を受けた ところ		医療機関等 所在地 名 称 氏 名				審 査 済 印		
取引銀行等 の預金口座		有 ・ 無	受 取 口 座	銀 行 本 ・ 支 店	当 ・ 普	口座番号	口座名義人	
※ 支 給 決 定 伺	1 承認する		支給決定年月日		年 月 日		支給決定額	受 付 印
	2 不承認(理由)					円		
	決済欄							