

国民健康保険療養費支給申請書										
被保険者証 記号番号	123456			個人番号	1 2 桁の個人番号					
療養を受けた 被保険者の氏名	蟹江 太郎			世帯主との続柄	本人					
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 一般診療（医科・歯科・調剤） <input type="checkbox"/> 一部負担金差額 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり			交通事故等の 第三者行為	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無					
発症、負傷 年月日	令和〇年〇〇月〇〇日			療養期間	令和〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇年〇〇月〇〇日					
療養を受けた 医療機関	名称	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり								
	所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり								
療養を受けた 医師の氏名	蟹丸 一郎									
療養を受ける ことができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 装具の作成を業者に依頼したため。 <input type="checkbox"/> 緊急で被保険者証を持たずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担したため。 <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診したため。（渡航目的： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）									
発症、負傷原因 傷病の経過	転倒して足を捻ったため。装具療法にて経過観察									
療養に要した 費用	30,000 円			療養内容	左短下装具 軟性					
振込先	〇〇 銀行 信金 農協			〇〇 本店			預金種別			
				〇〇 支店			普通 ・ 当座 ()			
口座番号	0	0	0	0	0	0	0	0		
フリガナ	カニエ タロウ									
口座名義人	蟹江 太郎									
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。 令和〇年〇〇月〇〇日 世帯主 住所 蟹江町〇〇三丁目1番地 個人番号 1 2 桁の個人番号 氏名 蟹江 太郎 蟹江町長殿 電話番号 0567-95-1111										

事務処理欄

療養に要した 費用	円	公費	なし・子・母・障・精
一部負担額	円		
給付割合	7割・8割	受付者	
支給額	円		