様式第10号（第７条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		個人番号	
療養を受けた 被保険者の氏名		世帯主との続柄	
種類	□補装具　□海外療養費　□一般診療（医科・歯科・調剤） □一部負担金差額　□その他（　　）		
傷病名	□別添のとおり	交通事故等の 第三者行為	有　・　無
発症、負傷 年月日	年　　月　　日	療養期間	年　月　日～ 年　月　日
療養を受けた 医療機関	名称　□別添のとおり		
	所在地　□別添のとおり		
療養を受けた 医師の氏名			
療養を受けることができなかった理由	□装具の作成を業者に依頼したため。 □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。 □以前加入していた保険の被保険者証を使用したため。 □海外の医療機関で受診したため。（渡航目的：　　） □その他（　　）		
発症、負傷原因 傷病の経過			
療養に要した 費用	円	療養内容	

振込先	銀行・信金 農協				本店 支店			預金種別
口座番号								普通　・　当座 （　　）
フリガナ								
口座名義人								

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。

年　　月　　日

世帯主　住所

個人番号

氏名

電話番号

蟹 江 町 長 殿

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		