

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 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		☐ 別添のとおり						
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		☐ 別添のとおり	
振込先		銀行・信金 農協			本店 支店		預金種別	
							普通 ・ 当座 （ ）	
口座番号								
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。								
令和 年 月 日 世帯主 住所 蟹江町 _____ 個人番号 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____								
蟹江町長殿								

事務處理欄

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		

(本人確認書)個人番号カード・運転免許証・身体障害者
手帳・パスポート・在留カード等

(二種類以上提示)健康保険証・資格確認書・年金手帳・預金通帳・キャッシュカード・クレジットカード・診察券等