

国民健康保険 療養費支給申請(請求)書

(補装具用)

被保険者証 記号・番号				区 分	1. 一般被保険者 2. 退職者本人 3. 退職者扶養
個人番号		
療養を受けた 被保険者氏 名				生 年 月 日	昭・平 令 年 月 日
				世帯主との続柄	
傷 病 名	別紙のとおり			傷 病 の 経 過	装具装着し 入院 治療中 外来
発病の経過				療 養 内 容	装具装着
発病・負傷 年 月 日	平・令 年 月 日			療 養 期 間	平・令 年 月 日
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・ 診療所・薬局その他の者の名称及び所在 地	所在地				
	名 称				
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることのできなかつた理由					
給付外のため					
療 養 に 要 し た 費 用					
円					
第三者の有無	有・無			備 考	
振 込 先	銀 行 ・ 信用金庫			本 店 支 店	現 金 受 領
	信用組合・協同組合				
口座番号	普・当	口座名義人 (カタカナ)	<input type="checkbox"/> 本 庁 <input type="checkbox"/> 支 所 <input type="checkbox"/> 委 任 状
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請(請求)します。					
令和 年 月 日					
世帯主 住所					
氏名					
電話番号					
宿毛市長 様					

支算 給 額 定	医療費総額		一部負担金		支給決定額		決定年月日	担当者