

決裁	課長	参事	班長	班員

平成	年	月	日	支給決定
支給決定額			円	

国民健康保険療養費支給申請書

入院・通院	第三者 該当 (有・無)	滞納 (有・無)	マル福 (有・無)	一般	退職
被保険者証番号		個人番号			
傷病名		療養を受けた 被保険者氏名	歳		
発病・負傷 年月日		年 月 日	療養期間	昭・平	年 月 日生 続柄
			年 月 日		日間
診療薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の名称 及び所在地並びに医師等の氏名		名称 所在地 医師等の名前			
療養の給付を受けることができな かった理由 (被保険者証で治療等 が受けられなかった具体的な理 由)					
発病又は負傷の原因		療養に要した費用		円	
療養費の別		1. 立て替え払い等 国内 海外	2. 治療用装具	3. 生血	
算出基礎					
備考					

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。

平成 年 月 日

世帯主 住所

氏名 (印)
電話

美郷町長 様

振込先	銀行	本店・支店	預金種別	普通	当座	
	金庫	本店・支店	口座番号			
	農協	本店・支店	口座名義			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。					受付日付印
	世帯主 (申請者) 氏名 (印)					
	代理人の 氏名	(フリガナ)				(印)
代理人の 住所	郵便番号					取扱者