

国民健康保険療養費(保険証に記載されている7桁の数字を記入してください。)

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇	一般・退本・退家	
療養を受けた者の氏名	高千穂 花子	世帯主との続柄	妻
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
傷病名		発症・負傷日	平成 年 月 日
療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)		
病院診療所・薬局その他の名称及び診療・薬剤の支給又は手当を受けた所在地			
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ができなかった理由	発症の原因	第三者行為・労災・左記以外	
	傷病の経過		
	診療内容		
療養・支給の内容			
療養給付費支給決定額の算定	療養に要した費用		
	自己負担額		
	保険請求額		
備考			

保険証に記載されている7桁の数字を記入してください。

該当するものに○をしてください。

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。

平成 年 月 日

住所 高千穂町大字 三田井13 番地

TEL 0982-73-1202

世帯主 氏名 高千穂 太郎

個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

高千穂町長 内 倉 信 吾 殿

印鑑漏れのないようご注意ください。

口座振込欄	金融機関名	高千穂地区農協	振込処理欄
	支店名	玄武山支所	
	口座の種類	普通・当座	
	普通口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ人	タカチホ ハナコ 高千穂 花子	

※ [] の部分以外を記入してください。

※ 領収証、医証等の添付書類と一緒に提出してください。