

国民健康保険療養費支給申請(請求)書

被 保 険 者 番 号	一般・退本・退家		
療養を受けた者の氏名		世帯主との続柄	
個 人 番 号			
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			

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

番地

世帯主

T E L

氏 名

㊟

個人番号

高千穂町長 内 倉 信 吾 殿

口座振込欄	金 融 機 関 名		振込処理欄
	支 店 名		
	口 座 の 種 類	普 通 ・ 当 座	
	普 通 口 座 番 号		
	口座名義人		