

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	年 月 日
療養期間	年 月 日 ～ 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		
	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。

年 月 日

住所

世帯主 TEL

氏名

個人番号

高千穂町長 様

口座振込欄	金融機関名		振込処理欄
	支店名		
	口座種類	普通・当座	
	口座番号		
	口座名義人氏名		

公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）