

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|--------|-------|
| 被保険者の 記号番号 | 一般 退職本 退職扶 — | 療養を受けた 被保険者氏名 | | 続 柄 | |
| 傷病名 | | | 発病負傷 年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| 療養期間 | 年 月 日 から 年 月 日 _____日間 | | | | |
| 診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称および所在地 | | | | | |
| 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名 | | | | | |
| 療養を受けることができなかった理由 | 1 緊急事態で被保険者証を提示できなかったため 2 旅行中のため被保険者証を提示できなかったため 3 診療契約が未契約であったため | | | | |
| 発病の原因 | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | |
| 療養の内容 | | | | | |
| 備考 | | | | | |

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類(裏面診療報酬明細書)を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 〒 _____
 住所 石川県鳳珠郡穴水町字
 氏名 _____

⑨

振込先 銀行 支店 (普通
 信用金庫 番号
 農協 支所 当座
 名義カナ)

穴水町長 様