

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号		療養を 受けた 被保険者	氏名	一般被保険 者																							
傷病名			個人 番号	退職被保険 者等																							
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 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																											
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																											
第三者行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ																									
療養の給付を受 けることができ なかった理由		傷病の原因			療養に要した費用																						
		傷病の経過																									
		療養内容																									
医 師 の 意 見 欄	傷病名																										
	補装具装用 についての意見	装具の装着日		その日は 入院・外来																							
		年 月 日																									
		年 月 日 住 所 医 師 氏 名 印																									
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します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 個人番号 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 会津坂下町長																											