



* 一般 * 退職本人 * 退職家族	* 一般7割 * 70歳以上8割 * 70歳以上7割 * 就学前8割	* 本人外来…2 * 家族外来…6 * 未就学外来…4 * 高齢者外来一般…8 * 高齢者外来7割給付…0 * 65～69歳該当
年 月 診療		

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号・番 号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 と 続 柄
傷 病 名		個人番号		
発 病 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、その他の者の名称及び所在地				
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				

療 養 の 給 付 を 受 け た こ と が 理 由	1. ため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付を受けた。	発 病 の原因 負 傷	
	2. ため被保険者証を提出しなかった。	傷 病 の 経 過	
	3. 生血の提供を受けた。	療 養 の 内 容	
	4. あんま・マッサージの施術を受けた。	療 養 に 要 した 費 用	円
5. 柔道整復の施術を受けた。	6. 補装具を装着した。		

業務上・ 第三者行為の確認	1. 業務上である 2. 第三者行為である	備 考	
------------------	--------------------------	-----	--

口座振替先 金融機関名	銀行 普 金庫 支店 当 農協 貯	名義人	住 所 フリガナ 氏 名
----------------	--	-----	--------------------

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼(承諾)します。

年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

個人番号

川 辺 町 長 殿