

(一般・退職・一般前期高齢者・退職前期高齢者)

国民健康保険療養費支給申請書

(太線の中は申請者が記入してください。)

有田町長様 下記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 有田町 (世帯主) 氏名 (印) 個人番号() 電話番号									
被保険者証の記号番号	.		療養を受けた被保険者氏名				世帯主との続柄		
個人番号									
第三者行為	有・無								
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 本店 支店 信用組合 農協 支所 出張所							
	預金種別	普通(総合)	当座	口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								

傷病名			療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間(入院・外来) -
発病・負傷年月日	令和 年 月 日	住所		
診療・薬剤の支給又は、 手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の者	病院名			
	担当医名			
	医療の給付を受けることが出来なかった理由	発病の原因		
		傷病の経過		
		診療の内容		
療養費に要した費用			審査決定支給額 (1割・2割・3割)	
決裁月日	支払月日		通知月日	
R . .	R . .		R . .	

* 第三者行為とは自動車事故・殴打刺傷などの第三者によつてのけがや病気をした場合