

(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。 平成 年 月 日 申請者 住所 有田町 (世帯主) 氏名 ⑩ 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 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間(入院・外来) |
| 発病・負傷年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| 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 | 住所 | | |
| | 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 | |
| H . . | H . . | H . . | |

* 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ケガや病気をした場合