

(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			-				
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				
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