

国民健康保険療養費支給申請書

確認	受付

被保険者記号番号		資格	一般・退本・退扶	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
被保険者個人番号				
傷病名				
発病・負傷年月日	令和 年 月 日 第三者行為による はい・いいえ	療養期間 (日間)	令和 年 月 日 年 月 日	
保険医療機関の名称 及び所在地				
診療した医師等の氏名				
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1. 治療用装具を作った		発病の原因	
	2. 被保険者資格が確認できなかった		傷病の経過	
	3. 遡りで資格喪失をした		療養内容	
	4. その他 ()			
診療に要した費用	費用額	保険者 負担額	一部負 担金額	
支給決定額	円			
振込先	銀行・信用金庫・農協・ 漁協 ()		本店	支店
口座番号				
口座名義人	フリガナ ()			
世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名（または記名・押印）してください。 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 _____ 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。 令和 年 月 日 申請者（世帯主） 住 所 陸前高田市 町字 氏 名 個人番号 電 話 () 陸前高田市長 様				