

国民健康保険療養費支給申請書

確 認	受 付

被 保 険 者 証 番 号		資 格	一般			
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	年 月 日 第三者行為による はい・いいえ		療養期間 (日間)	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 2. 保険資格が確認できない 状態で受診した。 3. 遡りで資格喪失をした 4. その他 ()		発病の原因			
			傷病の経過			
			療 養 内 容			
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・信用組合 農協・信漁連			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						

