

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	吉・	個人番号	世帯主 と の 続 柄	
		療養を受けた 被保険者氏名		
傷病名	生年月日	SHR . . 生		
	資格種別	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職被扶養者		
発病負傷 年月日	年月日	療養期間	年月日から 年月日まで	日間
第三者行為の有無		有・無		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 保険医療機関等の名称及び所在地		名称		
		所在地		
診療または調剤に従事した医師、 歯科医師または薬剤師の氏名				
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由		発病の原因	療養に要した費用 円	
		傷病の経過		
		療養内容		
備考	補装具等名称	費用額	給付率	給付額(1円未満切捨て)
		円	7割・8割・9割	円
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				
〔世帯主〕住所：吉野ヶ里町				
個人番号：				
氏名：				
電話：				
吉野ヶ里町長 様				

※添付書類 療養取扱機関に支払った領収書および診療報酬明細書