

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者	
傷病名		個人番号	昭和・平成・令和 年 月 日生
診断年月日	令和 年 月 日	装着年月日	令和 年 月 日

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地

診療又は調剤に従事した医師・歯科医師、又は薬剤師の氏名

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	1. 業務災害、通勤災害又は第三者行為以外の原因による。 2. 第三者行為による。(自動車事故、その他の事故) 3. 業務災害(通勤災害、第三者行為)の疑いがある原因。		
	傷病の経過	療養に要した費用		円
	療養内容			

振込先

銀行
信用金庫
農協

_____ 支店 普通・当座・貯蓄

口座番号 _____ 名義人(カタカナ) _____

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 五戸町 字 _____

氏名 _____

五戸町長 殿

上記申請の療養費を次の通り支給してよろしいかお伺いします。 円× %=

療養費支給決定額	円				
決裁年月日	課長	課長補佐	班長	課内合議	係
令和 年 月 日					

一般・前期高齢者・70歳以上現役並み所得者 (70%) 70歳以上一般・未就学児 (80%)