

## 国民健康保険療養費支給申請書

あて先

年 月 日

紀北町長 様

下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。

住所  
世帯主 氏名 ㊟  
個人番号  
電話 ( )

被保険者証記号番号

療養の給付を受けることができなかった理由

1 装具を作成したため	4 前期高齢者受給者証未提示のため
2 保険証未提示のため	5 海外療養費
3 国保加入後も社保にて受診したため	6 その他 ( )

診療を受けた人	(フリガナ) 氏名		受診資格	一般・退職本人・退職扶養
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
	住所			
	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	診療日数	日
	傷病名			診療科
	受診した関連医療機関			1 医科 5 鍼灸 2 歯科 6 装具 3 調剤 7 その他 4 柔整
	所在地			
	入・外の別	入院・外来	受給証	・高齢者3割 ・高齢者2割 ・高齢者1割 ・義務教育就学前
費用額	円			
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協	(フリガナ)	
		支店	口座名義人	
	口座種別	普通・当座	口座番号	

保険者額	7割 8割・9割 1割 (差額)	保険者負担額 (支給決定金額)	一部負担金

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------