

決裁	課長	参事	班長	班員	令和 年 月 日支給決定
					支給決定額 円

国民健康保険療養費支給申請書

入院・通院	第三者該当 (有・無)	滞納 (有・無)	マル福 (有・無)	一般	退職
被保険者証番号	個人番号				
傷病名	療養を受けた被保険者氏名		昭・平・令	年 月 日生	続柄
発病・負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日	年 月 日	日間
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並びに医師等の氏名		名称	所在地		
療養の給付を受けることができなかった理由(被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)		医師等の氏名			
発病又は負傷の原因			療養に要した費用	円	
療養費の別	1. 立て替え払い等 国内 海外		2. 治療用装具	3. 生血	
算出基礎					
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話

美郷町長 様

振込先	銀行	本店・支店	預金種別	1. 普通	2. 当座
	金庫	本店・支店	口座番号		
	農協	本所・支所	口座名義		

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委託します。					受付日付印	
	世帯主 (申請者)氏名						
	代理人の氏名	(フリガナ)					
代理人の住所	郵便番号					取扱者	