

システム入力	年	月	日
起票日	年	月	日
支払予定日	年	月	日

国民健康保険療養費支給申請兼請求書

保険証 記号番号	— 一般・退職	療養をうけた 被保険者名		世帯主 との 続柄	
個人番号			年 月 日生(歳)		
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から		
発病・負傷 年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで		
診療、薬剤の支給又は手当を うけた病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地		所在地 名称			
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		氏名			
発病の原因		療養に 要した 費用	領収金額		円
傷病の経過			自己負担割合 (3~1割)		割
療養の内容			自己負担金額 (端数切り上げ)		円
			支給額 (7~9割)		円
療養の給付を うけることができ なかった理由	現金給付のため		一部負担軽減額 (70~74歳)		円
第三者行為確認	交通事故などのように、第三者の行為によってケガをしたり、病気になった場合 該当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 傷病届等の提出確認				
備考	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 写真(靴型装具のみ) <input type="checkbox"/> 振込先(世帯主)				
<p>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、療養費支給の申請並びに 請求をいたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 綾町大字 番地</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p style="text-align: right;">綾町長 様 電話番号 - -</p>					