

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

砥部町長様

申請者 住所 _____
(世帯主) _____
氏名 _____ ⑩
TEL _____

別紙証拠書類を添えて医療費の申請をします。

保険種別		一般 ・ 退職		保険者番号		380808	
受給者	氏名			被保険者証番号			
	生年月日	年	月	日生	発病の原因	1. 第三者障害 2. その他	
発病・負傷		年	月	日	医療の期間	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
(療養の種類)		(添付すべき証拠書類)		療養に要した費用			
1. 治療用装具		領収書・診断書		一部負担額		円	
2. あんま・マッサージ		領収書(明細書)・同意書(診断書)		※審査決定額		円	
3. はり・きゅう		領収書(明細書)・同意書(診断書)					
4. 柔道整復		領収書(明細書)					
5. その他()		領収書・診断書等					
6. 一般診療 医・歯・薬		領収書・明細書(レセプト)				円	
一般医療を受けた理由						審査 済 印	
医療を受けたところ		医療機関等 所在地 名称 氏名					
取引銀行等の預金口座		有	受取	銀行 金庫 農協 支店 支所	口座番号	口座名義人(フリガナ)	受 付 印
		無	口座	当・普			
※支給決定		1. 承認する		支給決定年月日	平成 年 月 日	支給決定額	
決定		2. 不承認		(理由)		円	
決定		決済欄					

注: 審査決定額 = 費用額 - 一部負担額