

一般・退職（本人・扶養）	
年齢区分	高齢 ・ 就学後～69歳 ・ 就学前

課長	係長	係

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の 記号番号	大津	療養を受けた被保 険者氏名		世帯主との 続柄	
		個人番号			
傷病名		療養期間	平成 令和	年 月 日から	
発病・負傷日 年 月 日	平成 令和 年 月 日		年 月 日まで	平成 令和	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					
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	発病の因		療養に要した費用		
	傷病の経過		負担割合	7割・8割 9割	
	療内養容		支給額		
振込依頼金融機関名 (世帯主名義)		銀行 農協		支店 支所	
		口座番号		口座名義人 (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 大津町大字					
氏名					
個人番号					
TEL					
大津町長 様					

骨折、捻挫、打撲等の
外傷による場合

※装具作成時のみ確認

他人に怪我を負わされた (交通事故や喧嘩等)	
上記以外 (自損事故含む)	



○の場合は担当職員へ！