

療養費【被保険者記入例】

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	国保 花子	世帯主 との続柄	妻
傷	療養を受けた人の保険証 の番号を記入してください。		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日				
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	負担割合	7割・8割 9割	
	傷病の過	療内	支給額		
	療養の容				
必ず世帯主の口座になります。					
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 999999

ここには何も記入しないでください

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

申請に来た日を記入。

申請者は世帯主
の方になります。

世帯主

住所

大津町大字大津1233番地

氏名

国保 太郎

TEL

(096) 293-3114

大津町長

様

国民健康保険療養費

請求書

大津町長 様

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

ここには何も記入しないでください

金


円

1. 治療用装具代
2. 診療費(平成 年 月診療分)

申請者は世帯主の方になります。
印かんは認印可(シャチハタ不可)です。

(世帯主)

住所 大津町大字 大津1233番地

氏名 国保 太郎 

TEL (096) 293-3114