

国民健康保険療養費支給申請書

診療月	医療機関名	支給割合	入・外別	レセプトNO.
年 月				
被保険者証 記号・番号	島80-	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養		
療養を受けた 被保険者氏名		被保険者の 性別・生年月日	(男 ・ 女) 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 月 日
傷 病 名			種別	入院 ・ 外来
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病の原因	
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			療養に要した費用	支給基準額
			円	円
医師意見欄	傷病名			
	補装具装用に ついての意見	補装具の装着日	年 月 日	その日は 入院 ・ 外来
		年 月 日	住所 医 師 氏名 ⑩	
振込金融機関名		銀行、農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 支所
口座番号		種別	フリガナ	
			口座名義人	
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。				
年 月 日				
世帯主 〒 - 住 所 氏 名				
電話 () -				