

保 險 者 欄	決 手 続 欄		裁 欄		申請年月日		.		.		
	保険者番号		支給申請書整理番号		療養費区分		診療費		資格特 定給付		
	法制番号		区		分		診 補 柔 そ		医 歯 調 入 外		
	一般	退職	本人	家族	未就学	高(一定以上)	高(一般)	1	2	3	4
	75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	4

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被保険者 記号・番号	—		療養を受けた 被保険者	世帯主 との続柄	
	個人番号			氏名等	男・女	昭・平・令 年 月 日生
	傷病名			療養期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで
	発病又は負傷 年月日	令和 年 月 日				日間
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地			診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師 の氏名		

療養の給付を 受けなかった 理由	発病の 原因	療養に 要した 費用	円
	傷病の 経過		
	療養 内容		

業務上・外、 第三者行為 の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	備考	
------------------------	------------------------------	----	--

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 住所 世帯主 氏名 個人番号

壬生町長 小菅 一 弥 様 Tel () —

支 払 方 法	1 現金	銀行	支店	金融機関コード	—
	2 口座振込	信金	支所	種別	口座番号
		信組		1 普通	口座名義人 (カタカナで記入)

決 定 額	費用額		円
	負 担 区 分	支給決定額 (保険者負担額) 1	
		一部負担金 2	
		他法負担分	他法優先 3
		国保優先 4	