

# 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

つるぎ町長 様

住 所  
世帯主 氏 名 (印)  
電話番号

住 所  
申請者 氏 名 (印)  
電話番号

※申請者欄は世帯主本人が記入の場合は不要です。

療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:未入 5:家入 7:高入8 9:高入7	2:本外 4:未外 6:家外 8:高外8 0:高外7
診 療 月	年 月	低Ⅰ・低Ⅱ	1:医科 3:歯科 4:調剤	給付割合 割
診 療 実 日 数	日	3月超	疾 病	食 事 備 考
員 番		一 部 負 担 金	円	
被保険者氏名		世 帯 主	住 所	つるぎ町
個 人 番 号			氏 名	
被 保 険 者 生 年 月 日	年 月 日		個 人 番 号	
保 險 者 名 保 險 者 番 号	つるぎ町 360610		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	つるぎ・
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日 ,	
療養費支給額	円			
傷 病 名				
診療を受けた 医療機関等	名 称			
	所在地			
療養費の種類	1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額			
振 込 先	銀行	本店・支店	口座名義人	(フリガナ)
	農協	本所・支所		
	口座種別	1普通 2当座	口座番号	