

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号					枝番	保険 種別	一般・退職	入 外	入院・外来	割 合	割			
受診者の 氏名						受診者の 生年月日	昭和 平成・令和					年 月 日		
傷病名						療 養	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
発病・負傷の 原因						期 間	診 療	年 月	年 月	実日数	日			
発病・負傷 年月日	昭・平・令 年 月 日 ・不詳					等	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）							
療養取扱機関所在地														
療養取扱機関名称														
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 できなかつた理由														
療養の内容							療養に要 した費用	円						
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">三島市長 あて</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">住 所 三島市</p> <hr/> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏 名</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電 話</p> <hr/>														
世帯主の 指定振込 金融機関	銀行・農協 信用金庫						金融機関コード ()			本店・支店 出張所				
	口座種別	普通・当座	口 座 番 号		(店 番)									
	口座名義人		フリガナ		氏 名									

※職員記載欄

種別	1 一般診療	2 治療用装具	3 海外診療	4 その他 ()	受 付 者	
費用額	円	一部負担金	円	支給 決定額		
支給額	×	=	円			円