

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(あて先)笠松町長

世帯主 住 所 笠松町

氏 名 _____

電 話 () -

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

療養を受けた 被保険者氏名		被 保 険 者 記号・番号	—																				
個 人 番 号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					生年月日	続柄
		年 月 日生																					
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書、証明書等を添付してください。)																							
傷病名	保険医療機関等	名称																					
発病(負傷)日		所在地																					
年 月 日		医師名																					
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	療養の内容		傷病の経過																				
<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 入院外	療養期間	日間	療養に要した費用																				
		年 月 日～ 年 月 日	円																				
療養の給付をうけることができなかった理由																							
<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由.....		<input type="checkbox"/> 下記理由により資格確認書等不所持 <input type="checkbox"/> 資格確認書を受け取る前であった <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養																					

振込先	銀 行 信用金庫 農 協 信用組合	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		(フリガナ)	
口座番号	口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)			
上記名義人口座への振込を承諾します。		世帯主氏名	

決 定 点 数	公 費	費 用 額	給付割合	支 払 額
点	円	円	割	円

