

国民健康保険療養費支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先）笠松町長

世帯主 住 所 笠松町 司町1番地

氏 名 笠松 太郎

電 話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

個人番号

〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	笠松 太郎										被 保 険 者 記号・番号	〇〇〇〇〇〇 - 〇〇			
個 人 番 号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
生年月日												続柄			
平成〇〇年〇〇月〇〇日生												本人			
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 〇〇〇〇〇〇					保険医療機関等					名称 〇〇病院					
発病(負傷)日 令和〇〇年〇〇月〇〇日										所在地 笠松町〇〇1番地					
										医師名 〇〇 〇〇					
傷病原因 ☒ 一般疾病 ☐ 第三者行為					療養の内容					傷病の経過					
☐ 入 院 ☒ 入院外					療養期間 日間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日					療養に要した費用 〇〇〇〇円					
療養の給付をうけることができなかった理由															
☒ 装具・輸血 ☐ 下記理由により資格確認書等不所持															
☐ 保険医療機関等でない ☐ 資格確認書を受け取る前であった															
受診理由..... ☐ 旅行中 ☐ 紛失 ☐ その他															
..... ☐ 海外渡航中の療養															

振込先	〇〇	銀行 信用金庫 農 協 信用組合	〇〇	本店 支店 出張所	☒ 普 通 ☐ 当 座
			(フリガナ)	カサマツ タロウ	
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義人	笠松 太郎	
(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

