

## 国民健康保険療養費支給申請書

	入院・外来	一般・未就学・高齢	一般・低Ⅰ・低Ⅱ・一定		
被保険者番号	123456	療養を受けた被保険者氏名	南知多 太郎	世帯主との続柄	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	個人番号	1234 5678 9012	本人	
発病・負傷年月日	不詳	療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 年 月 日まで 日間		
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所、薬局その他の者の名称および所在地	知多郡南知多町大字豊浜字〇〇〇〇番地 〇〇〇〇整形外科				
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	〇〇 〇〇				
療養の給付を受けることができなかった理由	業者に装具の製作を依頼したため。	発病の原因	不詳	療養に要した費用	30,000 円
		傷病の経過	装具による療養	給付割合	0.7 0.8
		療養内容	腰椎装具硬性の装着	支給金額	円
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。 なお、支給金額については、下記口座へ振込んでください。					
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
世帯主 住所 愛知県知多郡南知多町大字豊浜字貝ヶ坪18番地					
氏名 南知多 太郎					
南知多町長 殿					

振込先	(振込先金融機関名) 知多信用金庫 あいち知多農協 愛知県信漁連 三菱UFJ銀行 あいち銀行 ゆうちょ銀行 ( )	(支店名) 〇〇 支店	(口座番号) 1234567
	(預金種目) 普通 当座	(口座名義人)フリガナは必ずご記入ください。 ミナミタ タロウ 南知多 太郎	