

国民健康保険療養費支給申請書

入 <input checked="" type="radio"/> 外 <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/> 一般・退職 <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/> 一般・未就学・高齢 <input type="radio"/>		一般・低Ⅰ・低Ⅱ・一定・2割	
被保険者証の記号番号	650711		療養を受けた被保険者氏名	南 知多夫		世帯主との続柄	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		個人番号	0123	4567	8901	本人
発病・負傷年月日	不詳		療養期間	令和2年8月8日から 令和 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			南知多町大字豊浜字相筆1000番地 豊浜整形外科				
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			豊 浜 太 郎				
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	50,000 円		
		傷病の経過	装具による療養	給付割合	<input checked="" type="radio"/> 0.7	<input type="radio"/> 0.8	<input type="radio"/> 0.9
		療養内容	腰椎装具硬性の装着	支給金額			
<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。                  なお、支給金額については、下記口座へ振込んでください。</p> <p>令和 2 年 8 月 10 日</p> <p>世帯主 住 所 愛知県知多郡南知多町大字 豊浜 字 貝ヶ坪18</p> <p>氏 名 南 知多夫</p> <p>南 知 多 町 長 殿</p>							

振込先	(振込先金融機関名)	(支店名)	(口座番号)
	<input checked="" type="radio"/> あいち知多農協 愛知県信漁連 知多信用金庫 三菱東京UFJ銀行 ゆうちょ銀行 中京銀行 ( )	南知多 支店	8888888
	(預金種目)	(口座名義人)フリガナは必ずご記入ください。	
	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	南 知多夫	

# 国民健康保険療養費支給申請書

	入・外	一般・退職	一般・未就学・高齢	一般・低Ⅰ・低Ⅱ・一定・2割		
被保険者証 の記号番号			療養を受けた被 保険者氏名			世帯主との続
傷病名			個人番号			
発病・負傷 年月日			療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院・ 診療所、薬局その他の者の名称および所在地						
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 できなかった 理由	発病の 原因		療養に要 した費用	円		
	傷病の 経過		給付割合	0.7	0.8	0.9
	療養 内容		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 年 月 日						
世帯主 住所 愛知県知多郡南知多町大字 字						
氏名						
南知多町長 殿						

振 込 先	(振込先金融機関名) あいち知多農協 愛知県信漁連 知多信用金庫 三菱東京UFJ銀行 ゆうちょ銀行 中京銀行 ( )	(支店名)  支店	(口座番号)
	(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。	

福祉医療の種類 子ども 障害 精神 母子