

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	134－	一般・退職被保険者等の別	一般・退本・退扶
療養を受けた被保険者氏名及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	負担割合	3割 ・ 2割 ・ 1割
傷 病 名			
発病又は負傷年月日	年 月 日		
療養期間	年 月 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及び所在地	医療機関コード		
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			
療養の給付等を受けることができなかった理由		療養につき算定した費用の額	円
発病の原因及び傷 病 の 経 過			
療 養 内 容			
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 次の金融機関の預金口座に振り込みを依頼します。 年 月 日 みやこ町長 殿 申請者 住 所 みやこ町..... (世帯主)氏 名 印 電話番号			
振込先(世帯主)	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 店	
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	口 座 番 号
	フリガナ		
	口座名義		
事務処理欄	【補 装 具】	負担済金額 負担割合 支給金額 (0.3・0.2・0.1) (円)－(円) = 円	
	【特別療養費】	負担済金額 負担割合 支給金額 (0.3・0.2・0.1) (円)－(円) = 円	
	地方単独公費の有無(○で囲むこと) ・なし ・あり(乳幼児 ・ 障害者 ・ ひとり親 ・ 子ども)		受付