国民健康保険　療養費支給申請書

＊太枠の中を記入してください。

被保険者証の記号番号	榛	個人番号			
療養を受けた被保険者氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		
療養を受けた医療機関	所在地	別紙のとおり			
	名称	別紙のとおり			
	医師名等	別紙のとおり			
傷病名及びその原因	別紙のとおり	療養の給付を受けられなかった理由	☐ 療養取扱機関以外の病（医）院等 ☐ 被保険者証の不提出 ☐ 社保・共済・健保被扶養者認定取消 ☐ 治療用装具（入院・外来） ☐ 血液 ☐ その他（　　）		
発病（負傷）年月日	平成　年　月　日				
負傷の経過		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
第三者行為の有無	有	無			
療養内容	別紙のとおり	療養に要した費用	円		

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。なお、当該療養費については次の口座に振り込んでください。

年　月　日

世帯主　住　所　榛東村

氏　名　　印

連絡先

榛東村長　あて

個人番号

＊**世帯主名義の口座**を記入してください。

金融機関	銀行・農協・労金 信組・信金	支店・本店 支店・支所					
預金口座	種類	☐ 普通　☐ 当座　☐ その他（　　）					
	番号						
口座名義人	（フリガナ）						

処理欄	資格区分	☐ 一般　☐ 退職本人　☐ 退職家族　☐ 高齢１割　☐ 高齢２割　☐ 高齢一定以上　☐ ６歳未満				
	福祉医療	☐ 有　☐ 無	支給方法	☐ 口座　☐ 現金	債権者コード	
	費用額	一部負担金	支給決定額	他法負担額		
	円	円	円	円		