

村長	副村長	総務課長	主務課長	回 議	主任

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	佐那河内 -	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
個人番号		第三者行為による求償の有無		有	無
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から		
発病負傷年月日	令和 年 月 日		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及び所在地					
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または輸血を必要とする理由	発病の原因		療養に要した費用		
	傷病の経過				
	療養内容				
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

令和 年 月 日

世帯主 住所 徳島県名東郡佐那河内村

氏名

(印)

佐那河内村長殿

上記の申請を審査の結果次のとおり支給したいのでお伺い致します

支給金額 円

内 訳

申請額 円 審査決定額 円 × 割→支給額 円

取扱者

(印)

①被保険者証記号番号、個人番号(マイナンバー)、療養を受けた人の氏名、世帯主との続柄、交通事故等により第三者から費用負担が発生するかどうかを記入して下さい。

記入例

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者証の記号番号	佐那河内 ○○-○○○	療養を受けた被保険者氏名	佐那河内 花子	世帯主との続柄	妻	
個人番号	××××××××××××	第三者行為による求償の有無		有	無	
傷病名	右膝骨折	療養期間	令和○○年○○月○○日から 令和○○年○○月○○日まで 日間			
発病負傷年月日	令和○○年○○月○○日					
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		徳島県.....番地 △△病院				
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 または輸血を必要とする理由	発病の原因	右膝骨折	療養に要した費用	10,000 円		
	傷病の経過	外来加療中				
	療養内容	右膝装具				
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						
令和 年 月 日						
世帯主 住所 徳島県名東郡佐那河内村○字.....番地		氏名 佐那河内 太郎 (河内那)				
上記の申請書に ③世帯主の住所、氏名を記入し、押印(認印可。スタンプ印不可。)して下さい。		したいのでお伺い致します				
支給金額						円
内 訳						
申請額	円	審査決定額	記入不要			円
取扱者						(印)

※添付書類として、装具の場合、領収証と証明書、医療費の場合領収証と診療報酬明細書の写しが必要です。
 ※振込先の口座がわかるものを添付ください。その際、世帯主の名義でない口座に振り込む場合は委任状の提出が必要です。
 委任状は役場健康福祉課へ備え付けてありますので提出の際、ご相談ください。