

# 国民健康保険 療養給付費 療養費

# 支給申請書

入院	外来

平成 年 月 日

横浜町長 野坂 充 様

住所 上北郡横浜町字  
世帯主 氏名  
電話

⑩

平成 年 月 診療の療養に要した費用に関する証拠書類等を添えて申請します。

個人番号		被保険者証記号番号	横国 一
振込先金融機関 (世帯主名義)	銀行 信金 農協	本店 支店 普・当 No. 支所	窓口払
※口座が申請者名義でない場合に記入 上記申請の受領を右代理人に委任します。		代理人住所 上北郡横浜町字	代理人氏名
			⑩

## 一般 ・ 退職

3歳未満 若人 70以上 70以上一定

療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	年 月 日	年 齢	
		第三者行為の有無		有 ・ 無	
傷 病 名		発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日		
療 養 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間				
療養を受けた病院	所在地				
診療所、薬局等	名 称				
療養、調剤に従事した医師、 歯科医師、薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることの できなかった理由					
発 病 原 因					
傷 病 の 経 過					
療 養 の 内 容					
療養に 要した 費用額	総 費 用 額				円
	保 険 者 負 担 額				円
	本 人 負 担 額				円
備 考					