

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号	原国	対象者氏名		続柄	
個人番号	- -	生年月日	昭和・平成 年 月 日	区分	一般・退職
診療年月	平成 年 月	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間
傷病名等(医療機関、医師名、所在地)			療養の給付の不可事由		
添付資料のとおり					
第三者行為によるケガですか？(○で囲む)			下記の助成を受けていますか？(○で囲む。複数可)		
いいえ・(交通事故・暴行・仕事又は通勤中・その他)			受けていない・(重身医療費・母子医療費・子ども医療費)		
療養費支給額	療養に要した費用額		給付割合		支給予定額
	円 ×		割 =		円
入院時食事療養費	食事に要した費用額		標準負担・標準負担減額	食事回数	支給予定額
	円 - (円 ×		回) =		円
受取方法 <small>(○で囲む)</small>	1. 窓口で現金受取を希望する		2. 世帯主口座への振込を希望する		
金融機関名			銀行 信用金庫 協同組合 労働金庫	コード	
店名			本店・支店		
預金種別	普通	口座番号			
	当座	口座名義人(カタカナ)			
上記のとおり、療養に要した費用の書類(領収書等)を添えて申請します。 <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> 与那原町長 殿 (世帯主) (届出人) 世帯主との続柄 () 個人番号 - - 個人番号 - - 住所：与那原町字 住所： 氏名： 印 氏名： 印 電話： 電話：					

上記申請について、与那原町国民健康保険療養費の(支給・不支給)を決定する。

支給決定額 _____ 円

決 裁	課長	補佐	係	レセ担当
	システム入力		レセ請求確認	
担当者 チエック欄				

健康保険療養費支給申請書

記入例

個人番号	456	対象者氏名	与那原 花子		続柄	妻
個人番号	××××-○○○○-△△△△	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	区分	一般・退職
診療年月	平成 ○	平成 ○	世帯主から見た関係		△ 日間	
傷病名等(医療機関 医師名 所在地)	添付		受けていない場合も ○で囲むようにする		療養の給付の不可事由	
第三者行為によるケガですか?(○で囲む)			下記の助成を受けていますか?(○で囲む。複数可)			
いいえ・(交通事故・暴行・仕事又は通勤中・その他)			受けていない・(重身医療費・母子医療費・子ども医療費)			
療養費支給額	療養に要した費用額		給付割合		支給予定額	
	10,000 円		7 割		7,000 円	
入院時食事療養費	食事に要した費用額		標準負担・標準負担減額		食事回数	
	円		円 ×		回	
受取方法 (○で囲む)	1. 窓口で現金受取を希望する		2. 世帯主口座への振込を希望する			
金融機関名	琉球		銀行	信用金庫	協同組合 労働金庫	
店名	与那原		本店	支店	コード	
預金種別	普通	口座番号	1	2	3	4
	当座	口座名義人(カタカナ)	ヨナバル タロウ			

上記のとおり、療養に要した費用の書類(領収書等)を添えて申請します。

与那原町長 殿
(世帯主) 平成 ××年 ×月 ×日

世帯主が届出人の場合は記入不要です。(届出人) 世帯主との続柄(子)

個人番号 ○○○○ - ×××× - △△△△ 個人番号 ×××× - □□□□ - ○○○○

住所: 与那原町字 上与那原16番地 住所: 左と同じ

氏名: 与那原 太郎 印 氏名: 与那原 綱男 印

電話: ○○○-×××× 電話: ×××-△△△△

上記申請について、与那原町国民健康保険療養費の(支給・不支給)を決定する。

支給決定額 _____ 円

決 裁	課長	補佐	係	レセ担当
	担当者 チェック欄	システム入力		レセ請求確認