

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	日数 日間
診療年月	令和 年 月	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
傷病名等 (医療機関、医師名、所在地)		療養の給付の不可事由 (どちらかを○で囲む)			
添付資料のとおり		補装具の装着 ・ 被保険者証の未提示			
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>※原則世帯主の口座</small>	1. 世帯主口座振込 2. 代理人口座振込(要委任状) 3. 窓口現金				
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。 令和 年 月 日 与那原町長 殿 (世帯主) (届出人) 世帯主との続柄 () 住所：与那原町字 住所： 氏名： 氏名： 個人番号： - - 個人番号： - - 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	台帳入力		レセ請求確認	システム入力