

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	07-				
療養を受けた被保険者	氏名		男・女	世帯主 との続柄	
	生年月日	年 月 日		区分	一般・退職
	個人番号				
発病、負傷年月日	年 月 日	療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
診療、薬剤の支給 又は手当を受けた 病院、薬局等	名称				
	所在地				
療養の給付を受け ることができなかつた理由	1. 装具代支払のため 2. ()		発病の 原因	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 3: その他 (自損事故・疾病等)	
			傷病の 経過	治癒・加療中	
			療養 内容		
療養に要した費用	円		保険対象額	※ 円	
※ 備 考	一 般	7・8・9 割	円		
		3・2・1 割	円		
	退 職 (本人・扶養)	7・8・9 割	円		
		3・2・1 割	円		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 江津市 町 番地</p> <p><u>世帯主</u> 氏名</p> <p>個人番号</p> <p>(電話)</p> <p>江津市長 様</p>					
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					

- (注) 1 医療機関で支払った領収書を添付してください。
2 ※印欄は、記入しないでください。