

|                                                                                             |              |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-------------------------|---------------------|--|------------------------|-----------|---------------------|--|-------------|--|
| 国民健康保険 療養費支給 申請書                                                                            |              |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 記号・番号                                                                                       |              | 島60 -          |                         | 療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号 |  | ( 一 般 ・ 退 職 )          |           |                     |  |             |  |
| 傷 病 名                                                                                       |              |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 発病又は負傷年月日                                                                                   |              | 令和 年 月 日       |                         | 療 養 期 間             |  | 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日 間 |           |                     |  |             |  |
| 診療、薬剤の支給又は受けた病院、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<br>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                                                                        |              |                |                         | 傷病の原因               |  |                        |           | 療養に要した費用の額<br><br>円 |  |             |  |
|                                                                                             |              |                |                         | 傷病の経過               |  |                        |           |                     |  |             |  |
|                                                                                             |              |                |                         | 療 養 内 容             |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 医<br>師<br>意<br>見<br>欄                                                                       | 傷病名          |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
|                                                                                             | 補装具装用についての意見 |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
|                                                                                             |              |                | 補装具の装着日 令和 年 月 日        |                     |  |                        | その他 入院・外来 |                     |  |             |  |
|                                                                                             |              |                | 令和 年 月 日<br>医師 住所<br>氏名 |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 払 渡 希 望<br>金融機関名                                                                            |              | 銀行<br>信金<br>農協 |                         | 口座番号<br>種 類         |  | 普通・当座                  |           | 口座<br>名義人           |  | ( ふ り が な ) |  |
|                                                                                             |              | 支店<br>支所       |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。<br>令和 年 月 日<br>世帯主 住所<br>氏 名<br>(電話番号 ー ー )<br>世帯主の個人番号 |              |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |
| 西郷村長 様                                                                                      |              |                |                         |                     |  |                        |           |                     |  |             |  |