

# 国民健康保険療養費支給申請書

受付日 令和 年 月 日	決定日 令和 年 月 日	保険者名	広陵町
保険者番号	2 9 0 7 4 2	療養者の氏名を受けた	被保険者氏名
被保険者番号			生年月日
診療年月	R 年 月		1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月
診療日数	日		性別
制 度	1. 国保 2. 退職	1. 男 2. 女	個人番号
療 養 期 間		本人 家族	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6歳未満入院
令和 年 月 日から	4. 6歳未満外来 5. 家族入院 6. 家族外来		
令和 年 月 日まで	7. 高齢8(9)割入院 8. 高齢8(9)割外来		
所得区分	1. 低所得Ⅰ 2. 低所得Ⅱ 3. 3月超	9. 高齢7割入院 0. 高齢7割外来	
種 類	海外療養費区分 1	第三者等の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他

1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・灸 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額

傷 病	
医 療	
医 療	
医 療	
医療機関名	



太枠内をご記入ください

支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	
療養に要した費用額	円
食事回数	
審査認定額 * 1	円
療養に要した費用額	円
一部負担金	円
食事標準負担額	円
支給金額	円

世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。

下記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 ( )

振込先	銀行	本店	1. 普通	口座番号
	信用金庫	支店	2. 当座	口座名義人(カタカナ)
	信用組合	出張所	9. その他	
	農協			

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日	
広陵町長 様	
世帯主	住 所 広陵町
	氏 名
	個人番号
	電話番号