



*退職本人	*一般7割	*本人外来…2
*一般	*70歳以上8割	*家族外来…6
*退職家族	*70歳以上7割	*未就学外来…4
年 月 診療	*就学前8割	*高齢者外来一般…8
		*高齢者外来7割給付…0
		*65～69歳該当

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	療養を受けた 被保険者氏名	世帯主 との 続柄
傷病名	個人番号	
発病 負傷年月日	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、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、歯科医師又は薬剤師の氏名

療で 養の 給な 付か を受 けた こと 理由 が由	1. ため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付を受けた。	発病 負傷 の原因
	2. ため被保険者証を提出しなかった。	傷病の経過
	3. 生血の提供を受けた。	療養の内容
	4. あんま・マッサージの施術を受けた。	療養に要 した費用
5. 柔道整復の施術を受けた。		円
6. 補装具を装着した。		

備考

口座振替先 金融機関名	銀行 普 金庫 支店 当 農協 貯	名義人	住所 フリガナ 氏名
----------------	-------------------------	-----	------------------

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、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼(承諾)します。

年 月 日

住所

世帯主 氏名

個人番号

川 辺 町 長 殿

電話番号