

審 査 決 定 点 数	点	療養の給付をした 場合に要する額	円
		一 部 負 担 金	円
一般 ・ (前) ／ 退本 ・ 退扶		差 引 支 給 額	円

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者の記号番号	精 一	療養を受けた被保険者氏名	世帯主との続柄 ()						
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日			
		個人番号							
傷 病 名									
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もしくは歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養期間	令和 年 月 日から 月 日まで 日間								
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 治療用装具作成者は療養取扱機関とは違うため	発病又は傷病の原因					療養に要した費用		
		発病又は傷病の経過							
	2. その他(裏面に理由)	療養の内容					円		
備 考	第三者行為以外 第三者行為								
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。									
令和 年 月 日									
世帯主住所 精華町									
氏 名									
個人番号									
電話番号 ()									
届出人氏 名									
精華町長様									
世帯主との続柄 ()									

上記の療養費を下記の方法で受領します。

- 1. 窓口払
- 2. 口座振込

(※世帯主名義の口座に限ります。また、国保税に未納がある場合は振込できません。)

振込口座	銀 行	支 店	普通・当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	信用金庫 農 協				

☐ 公金受取口座を利用する

療養給付を受けることができなかった理由（詳しくご記入ください。）

[illegible]