

国民健康保険療養費支給申請書

記号・番号		療養を受けた 被保険者 氏名等	年 月 日生	男・女	世帯主 との 続柄
被保険者の個人番号					
傷病名		療養 期間	令和 年 月 日から		
発症、負傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日まで		
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					
診療または調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付を 受けることが 出来なかった 理由		発病の 原因		療養に要した 費用額	
		傷病の 経過			
		療養内容		円	
名義人	金融機関名		備 考	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	
カナ	銀行	本店		<input type="checkbox"/> 若年 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢上位	
	信金	支店		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 月診療分	
口座番号	農協	出張所		その他 ()	
	()	()	※この欄は東員町で記入いたします。		
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 東員町					
世帯主氏名					
個人番号					
電話 () -					
三重県員弁郡東員町長様					
申請者氏名					
申請者住所					
申請者確認 <input type="checkbox"/> 免許証・ <input type="checkbox"/> マイナンバーカード・ <input type="checkbox"/> その他()					

※申請に必要なもの

補装具の申請

海外療養費の申請

医療費の申請

振込先通帳

振込先通帳

振込先通帳

領収書原本

領収書原本および訳文

領収書原本

医師の診断書兼装着証明書原本

診療内容証明書原本および訳文

診療内容証明書原本または原本証明