

一般						退職		福祉 医療
未就学	就学～64歳	65～69歳	70歳①割	70歳②割	70歳現役	本人	家族	

国民健康保険 療養費支給申請書									
記号番号		世帯主氏名				世帯主 との続柄			
療養を受けた被 保 険 者	氏 名		生年月日			年 月 日			
	個人番号		入院・外来			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
傷 病 名		発病・負傷年月日							
傷 病 の 原 因		1.第三者行為(交通事故)			2.その他(自損事故・傷病等)				
療 養 期 間	年 月 日から		発 病 の 原 因						
	年 月 日まで		傷 病 の 経 過						
	日 間		療 養 の 内 容						
療養を行った機関等の名称 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									
療養の給付を受 けることができな かった理由		療養に要した 費 用							
備 考		指定公費							
受 取 方 法		現金受取・口座振込（下記へ振込金融機関名記入）							
銀行 農協 組合 信金	本店 支店 本所 支所	預 金 種 類	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号	名 義 人		カナ		
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠申請書を添えて申請します。									
年 月 日									
世帯主		個人番号			住所 千代田町大字				
		氏 名			電話番号				
代理申請者氏名									
千代田町長 様									