

国民健康保険療養費支給申請書

受付印

被保険者証の 記号・番号	宇城一	療養を 受けた 被保険者	氏名		世帯主 の 続柄
傷病名			個人番号		
			生年月日	年 月 日 (才)	
発病、負傷 年 月 日	令和 年 月 日	療養 期間	令和 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		名称			
		所在地			
診療又は薬剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
傷病原因		<input type="checkbox"/> 業務上の過失 <input type="checkbox"/> 第三者による加害行為 <input type="checkbox"/> その他			
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	<input type="checkbox"/> 治療用補装具購入 のため	発病の 原因		療養に 要した 費用	円
	<input type="checkbox"/> その他 ()	傷病の 経過			
		療養 内容	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考	◆一般 就学前・若人・前期（現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ） ◆退職 就学前・若人・前期（現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ）（ 割負担）				
	療養に要した費用	一部負担金	指定公費	支給決定額	
	円	円 (2割 円)	円	円	
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 宇城市 氏名 TEL (個人番号)					
熊本県宇城市長 様					

※振込先が世帯主の口座でない場合は委任状が必要です。

受付職員氏名

*必ず記入すること