

決 裁					処 理				
町 長	副 町 長	課 長	審査決定点数		給付台帳	未 収 金		被保険者 台 帳	受 付 印
						保 険 税	一部負担金		
			療 養 の 給 付 を し た 場 合 に 要 す る 額						
		係 長	一 部 負 担 金						
			差 引 支 給						

国民健康保険療養費支給申請書													
被 保 険 者 記 号 番 号	原 一			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	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													
療養の給付を 受けることが できなかった 理 由				発 病 の 原 因				療 養 に 要 し た 費 用	円				
				傷 病 の 経 過									
				療 養 内 容									
備 考					☐ 第三者の行為（交通事故等） ☐ 第三者の行為（交通事故等）以外								
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 宇治田原町													
氏 名													
電 話 () —													
個人番号													
宇治田原町長 様													

振込先口座

☐ ←前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合 ()														本店 支店
口座種別・番号	普通・当座・その他()														
カタカナ															
口座名義人															

☐ ←窓口払いの場合はチェックを入れてください。