国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた 被保験者の氏名 年月日 年月日 個人番号 有の氏名 優先者の氏名 (第三者行為の有無) (第三者行為の有無) (第三者行為の有無) (第三者行為の有無) 年月日 (第三者行為の有無) 発病 又 (第三者行為の有無) 年月日 年月日 経療 有月 (第三者行為の有無) 年月日 日間 診療 不 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 診療 不 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 診療 不 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 診療 不 (第三者行為の有無) 本称 (第三者行為の有無) 新漢と要した費用 (第京の経過 療養内容) 日 (第京の経過 療養内容) 日 (第京の経過 療養内容) 日間 本額 (第京在地 医師名) 本の日は 入院・外来 (第済在地 医師名) 日間 本額 (第京在地 医師名) 本の日は 入院・外来 (第済在地 医師名) 日間 本額 (第京在地 医師名) 文店 (五) 日 (五) 日間 本額 (第京の経過 (第京在地 医師名) 文店 (支所) 日 (主) 日間 本額 (第京在地 医師名) 文店 (支所) 日 (主) 日間 本額 (第京在地 金融) 文店 (支所) 日 (本) 日間 本額 (第京本) 本額 (第京本) 本額 (第京本) 日 (本) 日 (本) 日間 本額 (第京本) 本額 (第京本) 本額 (第京本) 本額 (第京本) 本の目 (第京本) 本の目 (被 保 険記 号・	者 号	島51・				世帯主氏名	Ž				
 傷 病 名 (第三者行為の有無 f · 無) 競 病 又 は 集 月 日 童 病 又 は 年 月 日 童 病 又 は 年 月 日 な 海 の 支給 又は下当を受け た病院、影療所、薬局その他の名 所在 地 診察又は調剤に従事した医師、歯 科 医師 双 は 薬 剤 師 の 氏 名 夢 疾 と	被保険者の			-	1 1		生年月日			年	月	日
# 1 日	傷病			** o *	÷ fur.	≠ (m.)			 年	 月	日	から
た病院、診療所、薬局その他の名称 及び所在地 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は要対のの氏名 傷病の原因 療養に要した費用 療養の給付を受けることができなかった理由 傷病の経過 アは薬剤・経過 アは、薬剤・医療機関 原の原因 療養に要した費用 の意用についての見欄 要具の採寸・採型日年月日その日は入院・外来 度原持法 1 直接払 口座番号 ター フリガナ 口座名義人 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。年月日 世帯主住所氏名 世帯主住所氏名 個人番号	発 病 又	は	(療養の期間	間			目	まで
森養の給付を受けることができなかった理由 傷病の原因	診療、薬剤の支給又は手当を受け 名称 た病院、診療所、薬局その他の名											
原養の紹刊を受けることができなかっった理由												
変換内容 円 優勝 病名 装具を必要と 認めた理由 がまります。 装具を必要と 認めた理由 変別がです。 装具を必要と 認めた理由 変別がです。 なりになりでは、人院・外来 受領方法 1 直接払				-					療	養に要	した費	用
 傷病名 一次のでは、大院・外来をいった。 一次のでは、大院・外来を表します。 一次のでは、大院・外来を表します。 一次のでは、大院・外来を表します。 一次の日は、大院・外来を表します。 一次の日は、大院・外来を表します。 一次の日は、大院・外来を表します。 一次の日本の日は、大院・外来を表します。 一次の日は、大院・外来を表します。 一次の日は、大院・外来を表しますます。 一次の日は、大院・外来を表しますます。 一次の日は、大院・外来を表しますます。 一次の日は、大院・外来を表しますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますますますますますますますますます。 一次の日は、大院・外来を表しますますますますますますますますますますますますますますますますますますます				-					円			
師のの調整 装具を必要と認めた理由 意用についての見用医療機関を変更を変更を関する別紙証拠書類を添えて申請します。 要の様寸・採型日 年 月 日 名 称 医療機関所在地医師名 受領方法 1 直接払 2 口座振込		名			7月 〈	食 / 1 谷						
意 用についての 意 見	師の			更と								
見 意 見 名 称 受領方法 1 直接払 2 口座番号 口座番号 金融機関名 銀行 金庫 組合 支店 支所 口座種別 1 普通 2 フリガナ 口座名義人 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。 年月日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 個人番号	補 装 具 装											
受領方法 1 直接払 2 口座振込 口座番号 1 普通 支店 支所 つリガナ 口座名義人 2 当座 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。 年月日 世帯主 住 所 氏 名 世帯主 住 所 低 名 百人番号	7 -	見				名 選 所在	地					
金融機関名 金庫 組合 文店 支所 口座種別 2 当座 フリガナ 口座名義人 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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号	受領方法											
口座名義人 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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号	金融機関名		2	金庫				口座種	別			
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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号												
氏 名 個人番号	年	月	日									
個人番号 — 電話番号 —			<u>#</u>	世帯主	: 1	主 所						
電話番号					Į	氏 名						
					1	固人番号						
	会津美里町長											

備考 医師の意見欄は、医師の証明書が添付の場合は不要です。

※以下は、申請者は記入する必要はありません。

費用額	一部負担額	保険者負担額	支給決定額		