

課長	係長	係	合議

**国民健康保険療養費支給申請書**

被保険者証の記号番号	留萌	世帯主氏名	
被保険者住所	留萌市 町 丁目	被保険者氏名	
個人番号			
傷病名	別紙証明書又は診療報酬明細書に記載のとおり	発症負傷年月日	年 月 日
療養期間	別紙証明書又は診療報酬明細書に記載のとおり	療養に要した費用	下記調書に記載のとおり
療養を受け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薬剤師の氏名	別紙証明書又は診療報酬明細書に記載のとおり		
療養の給付を受けることができなかった理由	① 補装具作成のため ② 取得前受診のため ③ ( )	発病の原因 傷病の経過 療養の内容	① 第三者行為 ② 業務上の災害 ③ その他(疾病・自損事故等)
備考	入院・外来		
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			
住所 留萌市 町 丁目			
申請者(世帯主) _____			
氏名 _____ 印			
個人番号 _____			
留萌市長様			
上記申請に基づく療養費の支給額は、下記調書のとおりである。			
療 養 費 審 査 決 定 調 書			
点数	費用額	保険者負担額 (7割・8割)	一部負担額
支給金額		¥	円

捨印

