

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員

処 理	受付	資格確認

血液	
装具	
施術	
診察	
看護	
移送	

支給 不支給 決定	この申請は右のとおり	決定金額	円	この申請は別紙の理由により 不支給とし、申請人(世帯主) あて通知するものとする。
	支給額を決定し、支給 するものとする。	支給金額	円	

国民健康保険療養費支給申請書

<small>被保険者</small> 記号番号	竹国	療養を受けた		世帯主	
<small>被保険者</small> 個人番号		被保険者の氏名	年 月 日生	との続柄	
傷病名		療養の期間	年 月 日から		
発病・負傷 年月日	年 月 日		年 月 日まで (日間)		
診療又は手当をうけた病院、診療所その他のものの名称及び所在地	名	称	所 在 地		
診療(施術)に従事した医師の氏名		傷病の原因		傷病の経過	
療養の給付を受けることができなかった理由					
療養(施術)に要した費用		療養(施術)の内容			
<p>上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">竹 富 町 長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏 名 電 話</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">印</p>					

- 注 1. 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷害届」を提出して下さい。
2. 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分に確認してから、その上に正しい数字又は文字を記入して下さい。