

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 支給額を決定し、支給 するものとする。	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 被保険者の氏名	昭和・平成 年 月 日生	世帯主 との続柄
<small>被保険者</small> 個人番号				
傷 病 名		療養の期間	平成 年 月 日から	
発病・負傷 年 月 日	昭和 年 月 日 平成		平成 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		
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。				
平成 年 月 日				
竹 富 町 長 殿				
住所 世帯主 氏 名 電 話				
印				

- 注 1. 傷病が第3者（加害者）の行為によるものであるときは、「第3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。