

様式第 10 (第 10 条関係)

区分		一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ			
		前期高齢者	1割・2割・3割		
下記のとおりに支給してよろしいか					
療養に要した費用	円	審査決定費用額	(円)	決定金額	円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号					
療養を受けた被保険者氏名				生年月日	年 月 日
個人番号				世帯主との続柄	
療養の種類	診療・治療用装具・その他 ()				
傷病名			発病又は傷を負った年月	年 月 日	
傷病の原因	1 業務・通勤中の事故 2 第三者行為による事故・病気 3 その他		傷病の経過		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		療養に要した費用の額	円	
療養の給付を受けることができなかった理由					
病 院 等 所 在 地 ・ 名 称					
医 師、歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 氏 名					
振 込 先 金 融 機 関	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人		
銀行 信用金庫 農協	普通 ・ 当座		フリガナ		
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 () 扶桑町長様					
印					