

# 国民健康保険療養費支給申請書

01一般診療・02治療用装具・03柔道整復術・04 按摩・

マッサージ・05鍼・灸・07移送費・08 その他

年 月 分

医療機関番号

1.一般	0.外来	1.本人	給付割合 7割・8割 9割・10割
		2.家族	
4.退職	1.入院	3.就学前 4.高齢者	

個人番号		保険者番号	3	7	0	6	2	7
氏名		保険者名	三木町					
			記号	番号				
生年月日	年	月	日	被保険者証の記号番号 香川17				

傷病名					転帰 治ゆ 死亡 中止		
発病負傷年月日	年	月	日	療養期間	日から	日まで	日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地							
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名							
療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。	発病の原因					
	② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術を受けたもの。	傷病の経過					
	③ 看護料 ④ その他(具体的に )	療養内容					
療養に要した費用	円						
備考	年	月	日	No.	同意書提出済		
上記のとおり、療養に要した費用について別紙証拠書類(領収書及び診療内容の明細書)を添えて申請します。							
三木町長 殿				年 月 日			
世帯主				住所 木田郡三木町大字			
氏名				連絡先			

注 ① 傷病が第三者の行為による場合、右記の有に○をしてください。  
② 暦月ごとに作成すること。

第三者行為 有 ・ 無

振込先	金融機関名	金融機関コード	支店コード	フリガナ
	銀行・金庫 農協・組合		支店 支所	名義人
	口座種別	1 普通 ・ 2 当座		口座番号

委任状(上記振込先が世帯主以外の場合)  
私は、受給者 を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。  
年 月 日  
委任者 住所  
(世帯主) 氏名

※決定欄	公費番号	費用額	一部負担金	食事・生活療養	回数	合計金額	標準負担額
	保険	円	円		回	円	円
	公費①	円	円		回	円	円
	公費②	円	円		回	円	円