

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 4.退職	0.外来 1.入院	1.本 人 2.家 族 3.就学前 4.高齢者	給付割合				
			7割 ・ 8割 9割 ・ 10割				

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														被保険者の記号番号	香川17							

傷病名															転帰				
															治 癒	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。 ② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術をうけたもの。 ③ 看護料 ④ その他(具体的に)										発病の原因								
											傷病の経過								
											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																			
住所 木田郡三木町大字																			
世 帯 主 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		保険	回	円	円
	公費①	円	円		公費①	回	円	円
	公費②	円	円		公費②	回	円	円

