# 国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | 津南・ | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | | | |
| 発病又は負傷の年月日 | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた病院（医院）の診療に従事した医師の | 名　称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏　名 | | | | | | | | | | | | |
| 診療の期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　日間 | | | | | | | | | | | | |
| 診療に要した費用 | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 発病または傷病の原因 | □第三者行為（交通事故等）　□転倒、自損事故等<br>□その他（　） | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | | | | | | | | | |
| 診療の内容 | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることが出来なかった理由 | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

年　月　日

世帯主　住所　津南町大字

氏名　印

津南町長　様

注意　コルセット、輸血代、マッサージ等の請求をする場合は、それぞれの領収証及び医師の同意書を添付してください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 一般 | 上位 | 前8.9 | | | 前7 |
| 退本 | 課税 | 一般 | 低Ⅱ | 低Ⅰ | |
| 退扶 | 非課税 | | | | |