

国民健康保険療養費支給申請書

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

次の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。

令和 年 月 日

世帯主	住 所	草津町大字			
	氏 名	印		電話番号	
草津町長 様					
口座振込	銀行・信用金庫・農協・信用組合			本・支店	
	普 通・当 座	口座番号		(フリガナ)	
				口 座 名 義 人	
記号番号	-		個人番号		
診療を受けた被保険者	氏 名			生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
傷 病 名			療 養 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
発 病 ・ 負 傷 年 月 日		令和 年 月 日	発病の原因		
傷病の経過			法第 60 条、第 64 条該当の有無		有 ・ 無
療養の内容			療養に要した費用		円
支 給 額 計 算					
備 考			・業務災害 ・その他 ・第三者行為		

※医療機関からの医師の意見書及び領収書を添付してください。

処 理 欄	振込日確認	収納状況確認	レセプト確認	受付印
	確認印 令和 年 月 日振込予定	確認印		