

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

個人番号											保険者番号										
氏 名											保険者名	まんのう町									
											被保険者証の記号番号	香川48									
性 別	1. 男 2. 女	生年月日	年 月 日																		

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。 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。 ③ 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。															
まんのう町長 殿 年 月 日															
住所															
世帯主 氏名 ⑩															
連絡先 ⑧()															

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。 ※印の箇所は記入しないこと。

第三者行為 有 ・ 無

振込先	金 融 機 関 名	銀行・金庫 支店 農協・組合 支所	フリガナ 名義人
	口座種別・口座番号	1 普通 ・ 2 当座 口座番号	

※	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
決定欄	保険	円	円		回	円	円
	公費①	円	円		回	円	円
	公費②	円	円		回	円	円

