



(注意)

6 5 4 3 2 1
記入してください。
「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除くほか、被保険者証で治療等を受けることができなかった理由は詳しく具体的に
記載事項を訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

国民健康保険療養費支給申請書

(一般 ・ 歯科
生 血 ・ 補装具)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 0 1 - 第 号	療養を受けた 被保険者氏名	年 月 日生 氏名	世帯主 その他 結 精
	傷 病 名		個 人 番 号		
	発 病 負 傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 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				
	診療調剤又は手当に従事した 医師、歯科医師、薬剤師その 他の者の氏名				
	療養費の支給申請をした理由 { 被保険者証で治療等が 受けられなかった具体 的な理由 }				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因			療養に要した費用 拾万 万 千 百 十 円	
備考					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日					
世帯主 住 所 千代田区					
氏 名					
個人番号					
電話番号					
千代田区長 殿					