

(注意)

6 5 4 3 2 1

詳細に記述する場合は、必ず訂正印を押してください。
1 所定事項は、洩れなく記入し、洩れないようにして下さい。
2 「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、被保険者証で治療を受けることができなかった理由は、
3 一一般、歯科、生血、補装具のうち、該当するものを○印で囲んでください。
4 発病又は負傷の原因を詳しく具体的に記入してください。
5 第三者行為による傷病の場合、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
6 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)

世帯主				
その他				
結				
精				
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 氏名	年 月 日生	
	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			補装具製作所の保険契約がないため
	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				