

(注意)

6 5 4 3 2 1

1 所
2 要
3 事
4 項
5 は
6 洩
7 れ
8 な
9 く
10 記
11 入
12 し
13 洩
14 れ
15 の
16 よ
17 う
18 に
19 し
20 て
21 下
22 さ
23 い
24 。
25 一
26 般
27 の
28 傷
29 病
30 の
31 原
32 因
33 を
34 詳
35 しく
36 記
37 入
38 し
39 て
40 下
41 さ
42 い
43 。
44 一
45 般
46 の
47 傷
48 病
49 の
50 原
51 因
52 を
53 詳
54 しく
55 記
56 入
57 し
58 て
59 下
60 さ
61 い
62 。
63 一
64 般
65 の
66 傷
67 病
68 の
69 原
70 因
71 を
72 詳
73 しく
74 記
75 入
76 し
77 て
78 下
79 さ
80 い
81 。
82 一
83 般
84 の
85 傷
86 病
87 の
88 原
89 因
90 を
91 詳
92 しく
93 記
94 入
95 し
96 て
97 下
98 さ
99 い
100 。

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	世帯主	
		傷病名			個人番号			その他	
		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	結	
被保険者が記入するところ		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							精
		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		補装具製作所の保険契約がないため					
		{ 被保険者証で治療等が 受けられなかった具体的理由 }							
		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									