

一 般	退 本	退 扶

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

国民健康保険療養費支給申請書 (一般・歯科・薬剤・補装具・柔整 あんま・マッサージ・はり・きゅう) 看護・移送・その他・生血														
(世帯申請者)		住所氏名		島根県隠岐郡西ノ島町大字 印										
申請者の 個人番号		(連絡先) 電話												
被保険者の 記号・番号		58-												
世帯番号		受診者宛番号												
被保険者の 個人番号		療養を受けた 被保険者氏名												
傷病名		生年月日												
発病負傷 年月日		年 月 日 性別 男性・女性												
療養期間 (調剤・施術)		年 月 日から 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		病院・医院・診療所												
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>		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												
発病又は負傷の原因		療養に要した費用												
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。 令和 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。		百万 十万 万 千 百 十 円												
フリガナ														
口座名義人														
振込先		銀行コード 支店コード												
振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 支店												
(右詰前0) 口座番号		口座種別 1・2 普通・当座												
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印														
西ノ島町長 様														