

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに一枚ずつ、全員分を記入してください

療養費申請書 (年 月分)

現在ご加入中の国民健康保険の市区町村名を記入してください

〇〇 国民健康保険 市区町村長 殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎	申請者との続柄	本人
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
医療機関等	名称	診療報酬明細書の通り		
	所在地	診療報酬明細書の通り		
	医師名等	(空白可)		
療養内容	傷病名	発病又は負傷年月日		
	診療報酬明細書の通り		(空白可) 年 月 日	
この部分は記入不要です		原因及び経過 申請者の行為によるものか (空白可) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
療養の給付を受けることができなかった理由		療養内容		
資格喪失後受診のため		診療報酬明細書の通り		
療養に要した費用の額	入院・入院外の別	食事療養費の有無	食事療養費用の額	
(実費を記載) 円	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(実費を記載) 円	

上記のとおり申請します。

世帯主についてご記入ください

(申請者) (フリガナ) キョウカイ タロウ
 氏 名: 協会 太郎
 生 年 月 日: 昭和 〇〇年 〇月 〇日
 現保険者等の記号・番号: ××・××××