療養費申請書（　　年　　月分）

国民健康保険　市区町村長　殿

<table>
<tr><td rowspan="2">療養を受けた者の氏名及び生年月日</td><td>氏名</td><td colspan="2">（フリガナ）</td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療機関等</td><td>名称</td><td colspan="4">診療報酬明細書の通り</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">診療報酬明細書の通り</td></tr>
<tr><td>医師名等</td><td colspan="4">（空白可）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">療養内容</td><td colspan="3">傷病名</td><td colspan="2">発病又は負傷年月日</td></tr>
<tr><td colspan="3">診療報酬明細書の通り</td><td colspan="2">（空白可）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">原因及び経過</td><td colspan="2">第三者の行為によるものか</td></tr>
<tr><td colspan="4">（空白可）</td><td colspan="2">□　はい　　□　いいえ</td></tr>
<tr><td colspan="3">療養の給付を受けることができなかった理由</td><td colspan="3">療養内容</td></tr>
<tr><td colspan="3">資格喪失後受診のため</td><td colspan="3">診療報酬明細書の通り</td></tr>
<tr><td>療養に要した費用の額</td><td>入院・入院外の別</td><td colspan="2">食事療養費の有無</td><td colspan="2">食事療養費用の額</td></tr>
<tr><td>（実費を記載）
円</td><td>□　入院
□　入院外</td><td colspan="2">□　有　　□　無</td><td colspan="2">（実費を記載）
円</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

（申請者）　氏　　名：　世帯主の氏名

生　　年　　月　　日：　世帯主の生年月日

現保険者等の記号・番号：