

第3号様式の1（第12条関係）

国民健康保険療養費 承認 申請書					
支給					
被保険者 証番号		療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主と の続柄	
傷 病 名		療養期間	年 月 日から		
発病、 負傷年月日	年 月 日		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					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師、又は薬剤師の氏名					
療養の 給付を 受ける ことが できな かった 理由	1	のため療養取扱機関で ない医療機関で療養等の給付を受け た。	発病 の原因 負傷	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故) <input type="checkbox"/> その他	
	2	のため被保険者証を提 出しなかった。	傷病の経過		
	3	生血の提供を受けた。	療養内容		
	4	あんま、マッサージの施術を受けた。	療養に要した費用		
	5	柔道整復の施術を受けた。			
	6	補装具を装着した。		円	
備考					
口座振込	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 出張所	
	口座種目 (フリガナ)	普通・当座	口座番号		
	口座名義人				
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
世帯主 個人番号					
住所					
氏 名					
電話番号					
安八町長 殿					
審査	費用額		一部負担金		支給額
	円		円		円
届出人	本人確認			記号・内容	
	免・保・年・その他（ ）				

委任状 療養費を上記名義人の口座に振り込まれることを委任します。
世帯主名