

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書 (第 回)

平成 年 月 日

西条市長 玉井 敏久 様

世帯主住所	〒 一 <b>西条市</b>
世帯主氏名	(印)
個人番号	
電話番号	

別紙証拠書類を添えて療養費の申請をします。

一般・退本・退扶 / 高齢 1・2・3 割

被保険者証番号		<b>西国保</b>		発病・負傷	年 月 日
被 保 険 者	氏 名			発病の原因	1. 第三者傷害 2. その他
	個人番号			医療の期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日 ( 日間)
	生年月日 昭和 / 平成 年 月 日生				
(医療の種類)		(添付すべき証拠書類)		療養に要した費用	円
1. 看護		領収書・意見書・看護証明書		一部負担額	円
2. 治療用装具		領収書・診断書			
3. あんま・マッサージ		領収書(明細書)・同意書(診断書)		※審査決定額	円
4. はり・きゅう		領収書(明細書)・同意書(診断書)			
5. 柔道整復		領収書(明細書)			
6. その他( )		領収書・診断書等			
7. 一般診療 医・歯・薬		領収書・明細書(レセプト)			
療養の給付を受けることができなかった理由					
給付外のため					
医療を受けた ところ	医療機関等 所在地 名 称 氏 名				審 査 済 印
取引銀行等 の預金口座	有・無	受取 口座	銀行・農協 本店・支店	普 ・ 当	
					口座名義人 (フリガナ)
※ 支 給 決 定 伺	1. 承認する	支給決定年月日	年 月 日	支 給 決 定 額	
	2. 不承認 (理由)			円	
上記のとおり、療養費を請求します。					受 付 印
氏名 (印)					

注: 審査決定額 = (費用額) - (一部負担額)