様式第４号（第５条関係）

課長	課長補佐	リーダー

給付台帳	支払済証明書	療養費明細書	担当外療養申請書	照合事項	受付

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		療養を受けた被保険者氏名		世帯主（組合員）との続柄	
傷病名		療養期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 日間		
発症・負傷年月日	令和　年　月　日				
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	□ 補装具購入のため □ その他 （　　）	発症の原因		療養に要した費用	第三者行為（有・無）
		傷病の経過			円
		療養内容			

備考	自己負担額 ＿＿＿＿円×＿＿＿（負担割合）≒＿＿＿＿円(※) ※10円未満四捨五入 支給申請額 ＿＿＿＿円－＿＿＿＿円＝＿＿＿＿円

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　住所

氏名

美郷町長　殿