

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 七戸町長

申 請 者 住 所 七戸町字 _____

(世帯主) 氏 名 _____ ⑩

電 話 () -

下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者証番号	区分 ☐ 一般被保険者 ☐ 退職被保険者 ☐ 退職被扶養者		
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄	☐ 男 ☐ 女
振込先 銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	預金 種目	☐ 普 通 ☐ 当 座
口座番号	(フリガナ) 口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。)			
上記名義人口座への振込を承諾します。		世帯主氏名 ⑩	

療養を受けた内容 診断書・領収書を添付 (領収書は受付印を押し、コピー後原本を返却)

保険医療機関等の名称・所在・医師名		療養の内容	
傷病原因 ☐ 一般疾病 ☐ 第三者行為	傷病名	傷病の経過	
発病(負傷)日 年 月 日	療養期間 日間 年 月 日～ 年 月 日	☐ 入 院 ☐ 入院外	
療養の給付を受けることができなかった理由			
☐ 保険医療機関等でない 受診理由.....		☐ 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日	
☐ 下記理由により保険証不所持 ☐ 旅行中 ☐ 紛失 ☐ その他		☐ 装具・輸血 ☐ 海外渡航中の療養 ☐ 高齢受給者(負担区分 一部負担金)	

療 養 に 要 し た 費 用	一 部 負 担 金	審 査 決 定 金 額 (公 費 対 象 額)	給 付 割 合
円	円	円	割

【届出申請期間について】治療費及び代金を支払った日の翌日から2年です。

※保険税の滞納がある場合、療養費の支給について説明済 ☐