国民健康保険療養費支給申請書

7・8 割

被保険者証の記号番号	井え　　－	療養を受けた被保険者氏名及び個人番号	個人番号 氏　名	世帯主との続柄	
傷病名		生年月日	年　月　日生	入院・外来	
発病名年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
療養、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	□ 健康保険診療報酬点数表に記載なき為 □ その他 ( )	発病の原因	加齢による・不詳 第三者によるもの（交通事故等） その他（　）	療養に要した費用	円
		傷病の経過		審査額	円
		療養内容		支給額	円
振込先	銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	普通・当座		
	口座番号		フリガナ 口座名義人氏名		

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。

年　月　日

越前町長　様

申請者（世帯主）

住　所

氏　名

個人番号

連絡先（　　）　　－

本人確認	本人確認をご用意ください（AまたはB） A：官公署が発行した顔写真付きの身分証明書1点 B：その他身分証明書2点

A：□個人 □運免 □運経 □住B □旅券 □船手 □障手 □療手 □在留 □特永 □その他（　　）

B：□保険 □年金 □住A □介護 □学生 □生保 □聴聞 □その他（　　）

【記号1：　　】／【記号2：　　】

追加確認：□住基 □戸籍 □他市町照会 □登記（後見人） □目録（保佐人）