

国民健康保険療養費支給申請書

01 一般診療 02 治療用装具 03 柔道整復術 04 按摩・マッサージ
05 鍼・灸 07 移送料 08 その他

年 月 分

医療機関番号

1.一般	0.外来	1.本人	給付割合 7割・8割 9割・10割
4.退職	1.入院	2.家族	
		3.義務教育就学前	
		4.高齢者	

氏名	保険者番号	3	7	0	7	6	7
	保険者名	琴平町					
個人番号	被保険者証の記号番号	証記号	証番号				
性別・生年月日	1男2女	香川32					

傷病名	転帰	治ゆ	死亡	中止	
発症負傷年月日	年 月 日	療養期間	日から	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等の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。 ② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術を受けたもの。 ③ その他（具体的に	発病の原因			
		傷病の経過			
		療養内容			
療養に要した費用	円				
備考	年 月 日No.	同意書提出済			
上記のとおり、療養に要した費用について別紙証拠書類（領収書及び診療内容の明細書）を添えて申請します。					
琴平町長 殿					
世帯主（組合員）氏名					
（個人番号）					
電話番号					

注 暦月ごとに作成すること。※印の箇所は記入しないこと。

交通事故等の第三者行為 有 ・ 無

振込先	預金銀行・農協名	銀行・金庫 農協・組合	支店 支所	フリガナ 名義人	
	預金口座・口座番号	1 普通 2 当座	口座番号		
委任状（上記振込先が世帯主以外の場合）					
私は、受任者					
を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。					
年 月 日					
委任者 氏名					
（世帯主）					

※決定欄	公費番号	費用額	一部負担金	食事・生活療養	回数	合計金額	標準負担額
	保険	円	円		回	円	円
	公費①	円	円		回	円	円
	公費②	円	円		回	円	円