

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

氏名	保険者番号	3 7 0 7 6 7					
		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		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。		発病の原因
	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。		傷病の経過
	③ その他（具体的に)		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。			
年 月 日			
琴平町長 殿			
住所			
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)				

※決定蘭	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
					回数	円	円
保険		円	円	回数	円	円	
公費①		円	円	回数	円	円	
公費②		円	円	回数	円	円	