国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	岩美	療養を受けた被保険者氏名		
傷　病　名	☐ 診断書のとおり	個人番号		
発症、負傷年　月　日	☐ 不詳 年　　月　　日	療養期間	☐ 診断書のとおり 年　　月　　日から 年　　月　　日まで ＿＿＿日間	
発病、負傷の理由	1．第三者行為（交通事故等） 2．その他（自損事故、疾病等）			
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		☐ 診断書のとおり		
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		☐ 診断書のとおり		
療養の給付を受けることができなかった理由	☐ 装具装着のため	発病の原因	☐ 不詳	療養に要した費用
		傷病の経過	☐ 通院加療中 ☐ 入院加療中	円
		療養内容	☐ 装具装着	

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

世帯主　　住所　岩美町大字

氏名

岩美町長　　様

支給決定した療養費を次の口座へ振り込んでください。

☐ 岩美町公金振込口座　　☐ 公金受取口座（マイナポータル）

☐ 下記の口座（世帯主に限る）　　☐ 受取委任口座（委任状が必要）

町外在住でマイナポータルの公金受取口座を利用する場合、（個人番号）

-　　-

（金融機関名）	（支店名）	普通　　当座　　その他	
口 座 番 号			
口座名義人	（フリガナ）		

※岩美町記入欄	支給決定額	円	支給決定日	年　　月　　日