

# 国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

神山町長 殿

住所 名西郡神山町 字 番地  
申請者 氏名 ④  
(世帯主) 個人番号  
電話番号

療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:三入 5:家入 7:高入9 9:高入8	2:本外 4:三外 6:家外 8:高外9 0:高外8
薬剤一部負担金	円	低I・低II	1:医科 2:歯科 3:調剤	給付割合 割
一部負担金	円	3月超 特疾	食事	第三者行為 有・無
保険者負担額	円	保険者名		神山町
診療月	平成・令和 年 月	保険者番号		360099
診療実日数	日	世帯主	住所	名西郡神山町 字 番地
員番			氏名	
被保険者氏名			個人番号	
個人番号			被保険者証 記号番号	神山
被保険者 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	
発病・負傷年月日	平成 令和 年 月 日			
傷病名				
診療を受けた病院等の 名称				
医療機関コード	所在地			
療養費の種類 1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額				
振込先 (世帯主)	金融機関			支店名
	口座種目			口座番号
	口座名義人(カナ)			