

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	宇検国保	診療を受けた被保険者氏名	
個人番号		世帯主との続柄	
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から
発病・負傷年月日	平成 29 年 11 月		平成 年 月 日まで
療養費支給申請となった原因		病気	ケガ 第三者(交通事故等)
診療・薬剤の支給または手当てを受けた病院及び所在地			
診療または調剤に従事した医師・歯科医師または薬剤師の氏名			
療養に要した費用		備考	一般 ・ 高齢者 ・ 3歳未満

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

宇検村長 殿

支給日	平成 年 月 日	確認者	印
-----	----------	-----	---

支給額算定伺	支給額	課長	補佐	係長	担当
×0.7					
×0.8					
×0.9					