

湯沢町国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	湯沢	療養を受けた 被保険者氏名						
資格区分	一般 退職	生年月日				入外区分	入院 外来	
年代区分	1. 65歳～69歳 2. 70歳～74歳(1割) 3. 70歳～74歳(2割) 4. 70歳～74歳(3割) 5. 未就学児 6. 1～5以外の年代							
療養を受けた医療機関名				医療機関所在地				
診療に従事した医師名・歯科医師名 調剤に従事した薬剤師名				発病(負傷) 年 月 日				
療 養 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			第三者行為・労災 の有無	有・無			
療 養 の 給 付 を 受けられなかった理由	1. 緊急その他やむを得ない理由により保険医療機関以外の医療機関で受診したため 2. 被保険者証不携帯により医療費を全額自己負担したため 3. 社会保険等喪失後受診により、社会保険等へ医療費を返還したため 4. 治療用装具を購入したため (装具購入の要因: ) 5. 輸血により生血を購入したため 6. 海外渡航中に疾病にかかり、現地の医療機関で受診したため 7. その他( )							
診 療 内 容				傷 病 の 経 過				
療養に要した 費用	円	給 付 割 合	7割	8割	9割	支 給 額	円	
		自 己 負 担 額						円
振 込 先	金 融 機 関 名 称				支 店 名 (支 所 名)			
	預 金 種 別	普通	口座番号 (左語記載してください)					
		当座	(フリガナ)					
		その他( )	口座名義人					

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

湯 沢 町 長 様

申請者(世帯主) 〒 - 平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

委 任 状 欄	受任者住所						
	受任者氏名	_____ (印)					
	委任者氏名 (申請者)	支給金額の受領を上記の者に委任します。 平成 年 月 日 _____ (印)					

療養費種類	受付	部長	課長	係長	主任	課内	担当
一般診療・補装具 その他( )	決裁伺						