

第13号様式(第15条、第15条の2関係)

入院 ・ 外来

国民健康保険療養費支給申請書

一般診療 ・ 治療用装具

被保険者記号・番号		区分		一般・退本・退家	
療養を受けた被保険者		氏名	生年月日	年 月 日	
		個人番号			
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	名称 所在地			診療又は調剤に従事 した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名	
療養の給付、入院時食事療養 費の支給、特定療養費の支給、 特別療養費の支給を受けるこ とができなかった理由					
傷病名及びその原因					
発病又は負傷の年月日					
年 月 日					
傷病の経過					
発病又は負傷の理由					
1 第三者行為(交通事故等) 2 その他(疾病等・自損事故)					
療養期間					
年 月 日から 年 月 日まで()日間					
療養内容					
療養につき算定した費用の額					
円					
振込先口座	銀行 名	行 庫 協	店	普通 ・ 当座	口座名義人(フリガナ)
				口座番号	
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
世帯主 住所 垂井町					
氏名					
電話 () ー					
垂井町長 様					
費用額	保険者負担額	一部負担額	療養費支給決定額		
円	円	円	円		