

法 別 (該當に○をする)	国 保					退 職					区分 入院 外来
	一般 25	就学児前 25-3	前期7割 25-7	前期8割 25-8	前期9割 25-9	本人 67-3	家族 67-4	就学児前 67-5	前期7割 67-7	前期8割 67-8	前期9割 67-9

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	おぶせ・	療養を受けた被保険者氏名	男・女 (昭・平・令 年月日)		
傷病名		個人番号	令和 年月日から		
発病、負傷年月日	令和 年月日	療養期間	令和 年月日まで 日間		
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					
療養の給付を受けることができなかつた理由	発病又は負傷の理由	1:第三者行為 (交通事故) 2:その他 (疾病等・自損事故)	療養に要した費用		
	療養の内容				
備考					

上記のとおり医療等に要した費用に関する別紙証拠書を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主
住所 小布施町大字

氏名

(印)

小布施町長 殿 (電話 ー ー)

口座振込 金融機関	銀行 農協 信金	支店 支所	口座名義人	
			口座番号	
※ 支給される費用の額の受給は上記の ※ 口座名義人に委任します。				(印)

注 1 申請者と口座名義人が異なる場合は、※欄に申請者名を記入のうえ押印願います。

2 その他欄は施術等が3ヶ月を経過し、さらに施術を受ける場合同意した医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間(指示がある場合)を記入願います。ただし、同意書がある場合はその必要はありません。