

法 別 (該當に○をする)	国 保				退 職				区分 入 院	組合 給付割合 ( )割
	一般 25	3歳未満 25-3	前期8割 25-8	前期9割 25-9	本人 67-3	家族 67-4	3歳未満 67-5	前期8割 67-8	前期9割 67-9	

## 國 健 康 保 險 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	0 4 —	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	(昭・平・令 年 月 日 生)
傷 病 名		個 人 番 号	
発 病 、 負 傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日	療 養 期 間	年 月 日 から 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 可 以 な か つ た 理 由	發 病 の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用 円
	傷 病 の 經 過		
	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類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

個人番号

辰野町長 殿

(電話) — )

口座振込 金融機関	銀行 農協 信金	支店 支所	フ リ ガ ナ	
			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。

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。

決 裁	町長	副町長	課長	補佐	係長	係	支 給	審査決定費用額	円
								他 法 負 担 分	円
								一 部 負 担 金	円
								支 給 決 定 額	円
		令和 年 月 日 右記のとおり決定してよろしいでしょうか。						不 支 給	(事由)