

国民健康保険療養費支給申請書									
記 号 番 号		島45		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		(世帯主との続柄)			
傷 病 名				療 養 期 間		令和 年 月 日から 年 月 日まで 日 間			
発病又は負傷 年 月 日		令和 年 月 日							
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 っ た 理 由		傷病の原因				費 療 養 に 要 し た 用 た			
		傷病の経過							
		療養内容							
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名								
	補装具装用についての意見		装具の装着日		令和 年 月 日		その日は 入院 外来		
			令和 年 月 日						
			医師 住所 氏名		印				
交通事故等の第三者行為による療養		有 ・ 無		払渡方法の希望		窓口現金払 支店名義 会津よつば農協 会津信金 商工組合 口座番号 ゆうちょ			
上記のとおり療養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									
西会津町長 様				住所 耶麻郡西会津町					
世帯主				氏名		電話番号			

療養費支給決定伺 (No.)			決 裁	課 長	補 佐	係 長	係
				伺 年 月 日 令和 年 月 日			
申請書の内容を検討したところ適法と認められるので下記のとおり支給決定してよろしいか伺います。			決 裁	令和 年 月 日			
審査決定費用額	支給割合	支給決定額	処 理 確 認	被保険者資格	決定通知	支 払	整理簿
円		円		資 格	年月日	年月日	記 入
	%			有 無			