

様式第24号 (第33条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	番号												
	療養を受けた被保険者	氏名	生年月日		年 月 日										
		個人番号													
	傷病名	発病又は負傷の年月日		年 月 日 (負傷の場合は、時頃)											
	発病又は負傷の原因	傷病の経過													
	診療を受けた病(医)院	名称	所在地												
	診療に従事した医師	氏名	住所												
	治療用装具製作に要した費用の額	金	円												
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある・ない	第三者の行為によって負傷したとき	その事実の届出の有無	ある ・ ない											
			第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)												
担当医師の意見欄	傷病名	患者名	診療開始年月日	年 月 日											
	治療用装具の装着を必要とする場合には、その名称及び意見		治療用装具の名称意見												
	年 月 日		医師の住所氏名												
上の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。 年 月 日 世帯主 住所 東海村 氏名 個人番号 東海村長 様 電話番号 ()															

振込先

金融機関名	銀行 信金 農協 信組 労金	支店	療養費審査委員会 処 理	審査済印
口座番号	預金種目	普通・当座・その他()		
フリガナ				
口座名義				

備考 口座名義人が世帯主と異なる場合は、承諾書が必要です。

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当	支 給	決定番号	第	号
						審査決定額		円
						療養の給付に要する費用		円
						他法負担分		円
						一部負担分		円
						支給決定額		円
						不支給理由		