

様式第23号 (第33条関係)

国民健康保険療養費支給申請書(医科, 歯科, 調剤)

被保険者証	記号	番号
療養を受けた被保険者	生年月日	年月日
	個人番号	
傷病名	療養期間	年月日から 年月日まで 日間
発病又は負傷の年月日	年月日	発病又は負傷の原因
傷病の経過	法第64条法第60条該当の有無	
療養の内容	入院・入院外	療養に要した費用 (うち食事療養費分)
	輸血・コルセット 食事の提供・その他	
診療・薬剤の支給, 手当又は食事の提供を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称, 所在地		円 (うち 円)
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		
備考		
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
口座番号	預金種目 普通・当座・その他( )
フリガナ	
口座名義	

療養費 審査 委員会 処理	審査済印

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	課長	課長補佐	係長	担当	支	決定番号	第	号
						審査決定点数		点
裁	年月日 右のおり決定したい。				給	療養の給付に要する費用		円
						他法負担分		円
						一部負担金		円
						支給決定額		円
					不支給理由			