

(療養式4号)

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

愛媛県上浮穴郡久万高原町長 殿

申請者住所 愛媛県上浮穴郡久万高原町

氏名

印

別紙証拠書類を添えて医療費の申請をします。

保険種別	久万高原町 国民健康保険			保険者番号	380741			
受給者	氏名			被保険者証番号				
	生年月日 昭・平・令 年 月 日生			発病の原因	1. 第三者傷害 2. その他			
発病・負傷	年 月 日			医療の期間	令和 年 月 日～ 年 月 日(日間)			
(療養の種類)				(添付すべき証拠書類)				
1. 治療用装具 領収証・診断書				療養に要した費用	円			
2. あんま・マッサージ 領収証(診断書)・同意書(診断書)				一部負担額	円			
3. はり・きゅう 領収証(診断書)・同意書(診断書)								
4. 柔道整復 領収証(診断書)				※審査決定額	円			
5. その他() 領収証・診断書等								
6. 一般診療 医・歯・薬 領収証・明細書(レセプト)								
一般診療を受けた理由					審査済印			
医療を受けたところ	医療機関等 所在地 名称 氏名							
取引銀行等の預金口座	有・無	受取口座	銀行 農協 本・支店 支所	当・普	口座番号	口座名義人	受付印	
※支給決定伺	1. 承認する。		支給決定年月日	令和 年 月 日	支給決定額			円
	2. 不承認 (理由)							
決済欄								

注: 審査決定額 = 費用額 - 一部負担額。