

決定金額		負担金 一部		支給金額 決定	
------	--	-----------	--	------------	--

青森県国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 1. 証の記号 番 号	区 分	療養を受けた 2. 被 保 険 者 の 氏名・生年月日		世 帯 主 と の 続 柄
		個 人 番 号		
3. 傷 病 名		診療薬剤の一般（入院・入院外・歯科） 支給又は手装具コルセット 当 の 内 容 その他（ ）		
療養を受けた病院 4. 診療所、薬局等の 名 称 及 び 所 在 地				
診療又は調剤に従事した医 5. 師 師歯科医師又は薬剤師の氏名				
4. の 病 院 等 で 6. 療養を受けた期間		診療の給 7. 付を受け ることが できなかった理由		
8. 傷病の 原因 傷病の 経過 療養 内容	☐ 第三者行為 ☐ その他（ ）		9. 療養に要した額	円
			10. 申 請 額	円
			11. 以前に装具の着用 申請した年月日	年 月 日
☐ 公金受取口座を利用する				
金融機関名		銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所	口座 確認 印
12. 預金の種類		1 普通預金 2 当座預金 3 その他（ ）		
口座番号				
ふりがな				
口座名義人				

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。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個 人 番 号（ ）

電話

（あて先） 中泊町長

1. 療養費支給申請書

2. 装具装着証明書

3. 保険証（国保）

4. 領収書

5. 通帳（郵便局除く）

以上の物を持参してください