決裁	課長	係長	係員

受付印

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号番号	―	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
傷病名		個人番号			
		生年月日	年 月 日（満 歳）		
発症・負傷年月日	令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
第三者行為の有無	有 ・ 無	その原因	交通事故 ・ 自転車事故 ・ 傷害 その他（ ）		
手当てを受けた病院・診療所・薬局・その他の者の住所・氏名					
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	□治療用装具のため □はり・きゅう・マッサージのため □喪失後受診のため ※理由書を添付 □その他やむを得ない事情のため ※理由書を添付	発病の原因	
		傷病の経過	
療養に要した費用	円	療養の内容	

上記のとおり証拠書類を添付して療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

川崎町長 殿

住 所 川崎町大字

世帯主氏名

個人番号

電話番号 ― ―

処理欄	限度額適用区分	支給決定額 ※不支給は0円	公費医療
	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	費用額 × 負担割合（0.7 / 0.8） ＝ 支給額	重度障がい者医療 ・ 子ども医療 ひとり親医療 ・ 無