

療養費支給決定額	費用額	保険者負担額	一部負担金

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	上富良野	療養を受けた者の 氏名・生年月日			
			昭・平・令	年	月 日
		個人番号			
傷病名		発病又は負傷の 年月日	年	月	日
発病又は負傷の原因	※通勤中の怪我・仕事の負傷は、原則、支給対象外となります。 ※交通事故やけんか等第三者等の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は、第三者行為の届出が必要になることがあります。 ☐ 通勤途中・仕事上の負傷 ☐ 第三者の行為 ☐ その他()				
申請理由 該当理由を○で囲み、 イ、ウについては理由 を記入してください。	ア 治療用装具購入のため(補装具の装着日 年 月 日) イ 被保険者証を使用できなかったため ウ その他 理 由				
診療又は手当等を 受けた場合	医師等の 住所氏名	別紙証明書のとおり			
	内容				
	期間	年 月 日から	年 月 日	(日間)	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 上富良野町 氏 名 印 上富良野町長 様 個人番号					
支給額振込先		口座番号			
		口座名義(カナ)			