支出伺 支給決定	課　長	課長補佐	係　長	主　査	係

国民健康保険療養費支給申請書

福智町長　　殿

次のとおり、療養費を申請します。 ※ 太枠内のみ記入	申請年月日　　年　　月　　日 住　所　福智町 世帯主氏名 世帯主マイナンバー　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ 連絡先 TEL
被保険者証の記号番号	083
被保険者のマイナンバー	（初めての申請時に記入） 確認者　　印
診療を受けた者の氏名・生年月日	男 女　昭 平 令　年　月　日
診療を受けた病院診療所等	名　称 所在地
上記の病院等で受けた診療期間	自　年　月　日 至　年　月　日 ☐ 7割（若年・65・70現役） ☐ 8割（未就学・70一般）
申請の種類	☐ 補装具　☐ 弱視用眼鏡 ☐ 現金給付（ 医科・歯科・調剤・その他 ） ☐ 給付　☐ 通知 ☐ 一覧　☐ 請求

（　　円）×（　　）＝（　　円）

費用額	一部負担金	公費負担分	支給決定額
円	円	円	円