

決定 伺	市町村長		課長	係長	係	主査

支給年月日
令和 年 月 日

承認	不承認	(不承認の場合、その理由)
----	-----	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

区分	1 社・国 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入一 8 高外一 9 高入七 0 高外七
----	---------------	----------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

療養年月	平成 令和	年	月	分
------	----------	---	---	---

公費負担者番号										保険者番号			3	3	0	8	2	9		
受給者番号										被保険者証の 記号番号	岡82									
療養を受けた 被保険者	氏名										昭・平・令 年 月 日生									
	個人番号										男・女				続柄					
※傷病名											※ 発病又は負傷 年 月 日		平成 令和 年 月 日							
※療養期間 (必ずご記入ください)	平成・令和 年 月 日から										※ 療養に要した 費用		療養の給付		円					
	平成・令和 年 月 日まで (日間)												食事療養費		円					
※診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局等	所在地																			
	名称及び医師又は 薬剤師氏名																			
※発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過											第三者行為(交通事故等)によるものか はい ・ いいえ									
療養の給付を 受けることがで きなかった理由																				

種別区分	1				2	3	4	5	7	8	99	88
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・ キュウ	移送	その他	特別療 養費	保険者 間調整

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙(裏面)証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者
氏名
(世帯主)

瀬戸内市長 殿

個人
番号

電話

()

-

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

銀行
信用金庫
農協

支店
店
支所

預
金
種
目

1. 普通預金 口座番号

2. 当座預金

3. 名義人(カカ) _____

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決 定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

