

(表 面)

決定 伺	部 長	部次長	課 長	課長補佐	係 長	係	支 給 年 月 日 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
療養年月 年 月分

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7 0 高外7
--------	---------------	----------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

公費負担者番号											保 険 者 番 号											
受 給 者 番 号											被保険者証の 記 号 番 号											
療養を受けた 被 保 険 者	氏 名										年 月 日 生											
	個人番号										男・女 続 柄											
※ 傷 病 名											※ 発病又は負傷 年 月 日	年 月 日										
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)										※ 療養に要した 費 用	療養の給付	円									
												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	1 第三者行為 2 業務上の事故 3 その他																					
療養の給付を 受けることがで きなかつた理由																						

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。
年 月 日 住所
申請者 氏名
(世帯主) 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 店 預金種目 1. 普通預金 口座番号
信用金庫 支所 2. 当座預金
信用組合 3. 名義人
農 協

(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)					