

決定 伺	市町村長	課長	課長補佐	主幹	係	主査

支 給 年 月 日
平成 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 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 8 高外 9 高入 0 高外

療養年月	平成 年 月 分
------	----------

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	昭・平 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)	平成 年 月 日から	※ 療養に要した 費 用	療養の給付 円									
	平成 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	※通勤途中の怪我・仕事上の負傷は、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。 <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> 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。												
平成 年 月 日 住所												
申請者 氏名 印												
西栗倉村長 殿 (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												
農協 支所 3. 名義人												

(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)					

