

| |
|-----------|
| 支 給 年 月 日 |
| 年 月 日 |

| | | | | | | | |
|------|-----|-----|---|-----|----|-----|---------------|
| 決裁区分 | 課 長 | 班 長 | 係 | 課 内 | 承認 | 不承認 | (不承認の場合、その理田) |
| 丙 | | | | | | | |

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 5 家入 2 本外 6 家外 3 三入 4 三外 | 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 | | | 3 | 3 | 0 | 8 | 1 | 1 |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | | 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | 岡 8 1 | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|-----|
| 療 養 を 受 け た 被 保 険 者 | 氏 名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 生 | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | 男・女 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-------|
| ※ 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 | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※ 発 病 の 原 因 診 療 の 内 容 及 び 傷 病 の 経 過 | <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 |
| | 1 | 3 | 4 | 1 | 補 装 具 | 柔 道 | マ ッ サ ー ジ | ハ リ ・ キ ュ ウ | 移 送 | そ の 他 |

| | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|-----------|-------|-----|-----------|-------------|-----|-------|
| 種別区分 | 医 | 歯 | 調 | 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 |
|------|---|---|---|-----------|-------|-----|-----------|-------------|-----|-------|

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 | 申請者 (世帯主) | 住所 | |
| 吉備中央町長 様 | | 氏名 | |
| | | 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 | | | 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) | | | | | |

注意 ※欄は必ず担当医師、歯科または薬剤師等に記入してもらってください。