

決裁区分	課長	班長	係	課	内
丙					

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

療養年月	令和	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			3	3	0	8	1	1	
受 給 者 番 号										被 保 険 者 記 号 番 号	岡 8 1								
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	年		月		日			
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)	令和		年		月		日から		※ 療養に要した 費 用	療養の給付		円							
	令和		年		月		日まで			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 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
(世帯主) 氏名

吉備中央町 長 殿

個人
番号

電話 () -

□公金受取口座を利用する (利用するものは口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

□振込口座を指定する

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

店

農協

支所

預
金
種
目

1. 普通預金 口座番号
2. 当座預金
3. 名 義 人

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)

上記名義人口座への振込を了承します。

世帯主氏名

(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)					