

|        |                             |     |    |    |    |        |             |     |
|--------|-----------------------------|-----|----|----|----|--------|-------------|-----|
| 決<br>裁 | 町長                          | 副町長 | 課長 | 室長 | 課員 | 支<br>給 | 決定番号        | 第 号 |
|        |                             |     |    |    |    |        | 療養の給付に要する費用 | 円   |
|        | 平成 年 月 日<br>右のとおり決定してよろしいか。 |     |    |    |    | 不支給    | 他法負担分       | 円   |
|        |                             |     |    |    |    |        | 一部負担金       | 円   |
|        |                             |     |    |    |    |        | 支給決定額       | 円   |
|        |                             |     |    |    |    |        | 事由          |     |

国民健康保険療養費支給申請書

医療機関別の月単位で作成してください。

|                                    |                    |       |          |                     |            |                                 |          |          |  |  |  |
|------------------------------------|--------------------|-------|----------|---------------------|------------|---------------------------------|----------|----------|--|--|--|
| 保険者番号                              |                    |       |          |                     |            | 給付割合                            | 9割・8割・7割 | 保険者用整理番号 |  |  |  |
| 被保険者証                              | 記号                 |       |          |                     |            | 番号                              |          |          |  |  |  |
| 資格区分                               | 右の番号を記入する          |       | 1 一般(本人) | 2 一般(家族)            | 3 一般(3歳未満) | 4 一般(高齢受給者)                     |          |          |  |  |  |
|                                    |                    |       | 5 退職(本人) | 6 退職(被扶養者)          | 7 退職(3歳未満) | 8 退職(高齢受給者)                     |          |          |  |  |  |
| 療養を受けた被保険者                         | 氏名                 |       |          |                     |            | 性別                              | 男・女      | 世帯主との続柄  |  |  |  |
|                                    | 生年月日               | 年 月 日 |          |                     |            | 医療福祉費該当の有無                      | 有・無      |          |  |  |  |
| 傷病名                                |                    |       |          |                     | 発病の原因      |                                 |          |          |  |  |  |
| 発病・負傷年月日                           | 年 月 日              |       |          |                     | 傷病の経過      |                                 |          |          |  |  |  |
| 療養期間                               | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |       |          |                     | 療養の内容      | 医科・歯科・調剤・その他<br>入院・入院外・輸血・食事の提供 |          |          |  |  |  |
| 法第64条法第60条該当の有無                    | 有・無                | 届出の有無 | 有・無      | 第三者の住所氏名(不明のときはその旨) |            |                                 |          |          |  |  |  |
| 療養等に要した費用                          | 一般診療分              | 円     |          |                     |            | 決定金額                            | 一般診療分    | 円        |  |  |  |
|                                    | 食事療養費              | 円     |          |                     |            |                                 | 食事療養費    | 円        |  |  |  |
| 当該病院・診療所・薬局・その他の                   | 名称                 |       |          |                     |            | 所在地                             |          |          |  |  |  |
| 医師・歯科医師・薬剤師等の氏名                    |                    |       |          |                     |            |                                 |          |          |  |  |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由               |                    |       |          |                     |            |                                 |          |          |  |  |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 |                    |       |          |                     |            |                                 |          |          |  |  |  |
| 平成 年 月 日<br>大子町長 様                 |                    |       |          |                     |            | 住所<br>世帯主 氏名<br>電話番号            |          |          |  |  |  |

|             |    |    |    |            |     |      |      |
|-------------|----|----|----|------------|-----|------|------|
| 処<br>理<br>分 | 台帳 | 通知 | 支給 | 療養費審査委員会処理 | 審査月 | 整理番号 | 審査済印 |
|             |    |    |    |            |     |      |      |

|                          |           |   |       |     |       |      |                 |  |  |  |
|--------------------------|-----------|---|-------|-----|-------|------|-----------------|--|--|--|
| 下記の口座に振り込みくださるよう依頼いたします。 |           |   |       |     | 世帯主氏名 |      |                 |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄    | 支払区分      |   | 預金の種類 |     | 金融機関名 |      | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |
|                          | 1 振込      | 2 | 1普通   | 2当座 |       |      |                 |  |  |  |
|                          | フリガナ      |   |       |     |       | 口座番号 |                 |  |  |  |
|                          | 口座名義(世帯主) |   |       |     |       |      |                 |  |  |  |