

決定 伺	課長	班長	副参事	主任	係	

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

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 高入七 0 高外七

療養年月 令和 年 月分

公費負担者番号										保険者番号			3	3	0	6	8	8				
受給者番号										被保険者証の 記号番号	岡78											
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)	令和 年 月 日から 令和 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											<input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <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	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
氏名
(世帯主)

奈義町長 殿

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
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

(カタカナ)

(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)					