

保 險 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄											申 請 年 月 日	.	.						
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号					療 養 費 区 分				診 療 費		資 格 特 定 給 付	一 部 負 担 金						
	090514							診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病	割 合	減 額	減 免
	法 制 番 号		区 分					診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病	割 合	認 定	減 免
	一 般	退 職	本 人	家 族	6 歳	高(一 定 以 上)	高(一 般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1		1	1

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被 保 險 者 証 の 記 号 番 号	—					療 養 を 受 け た 被 保 險 者 氏 名 等										世 帯 主 と の 続 柄		
	個 人 番 号						男 ・ 女	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生											
	傷 病 名						療 養 期 間										日 間		
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和 年 月 日					令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで												
	診 療 、 薬 剤 の 支 給 ま た は 手 当 て を 受 け た 病 院 、 診 療 所 、 薬 局 そ の 他 の 名 称 お よ び 所 在 地																		
	診 療 ま た は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 、 歯 科 医 師 ま た は 薬 剤 師 の 氏 名																		
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由						発 病 の 原 因											療 養 に 要 し た 費 用	円
							傷 病 の 経 過												
							療 養 内 容												
	業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無	1. 業 務 上 2. 第 三 者 行 為 で あ る 3. そ の 他					備 考												
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 。																			
令 和 年 月 日 住 所 _____																			
世 帯 主 氏 名 _____ 印																			
上 三 川 町 長 星 野 光 利 様 個 人 番 号 _____																			
電 話 ( _____ ) _____																			
支 払 方 法	1 現 金		銀 行					金 融 機 関 コー ド					—						
	2 口 座 振 込		信 金					種 別	口 座 番 号					口 座 名 義 人 ( カ タ カ ナ で 記 入 )					
			信 組					1 普 通											
			農 協					2 当 座											
決 定 額											費 用 額					円			
											支 給 決 定 額 ( 保 險 者 負 担 額 ) 1								
											一 部 負 担 金 2								
											他 法 負 担 分					他 法 優 先 3		国 保 優 先 4	