

保 険 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄											申 請 年 月 日	.	.		
													決 裁 年 月 日	.	.		
	保 険 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号					療 養 費 区 分				診 療 費			特 別 特 定 給 付 療 養 疾 病 割 合	一 部 負 担 金	
								診 補 柔 所	医 歯 調 入 外	1 3 4	1 2	1	1	減 額		減 免	
	法 制 番 号		区 分											1 2 3 8	1 3 4	1 2	1
	一 般	退 職	本 人	家 族	未 就 学	高(一 定 以 上)	高(一 般)										
75	67	1	2	3	7	9							1	1 2			

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—					療 養 を 受 け た 被 保 険 者				世 帯 主 と の 続 柄		
	個 人 番 号						氏 名 等				男 ・ 女 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生		
	傷 病 名						療 養 期 間				令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間		
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和 年 月 日											
	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			傷 病 の 経 過				療 養 に 要 し た 費 用		円
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	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				
那珂川町長 様				個 人 番 号				TEL () —					
支 払 方 法	1 現 金		銀 行		支 店		金 融 機 関 コー ド		—				
	2 口 座 振 込		信 金		支 所		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 険 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					