

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|--------|-----------|----|----|---------|-------|---|---|---|-----|---|---|-------|----|----|-------|----|---|---|---|
| 保 険 者 欄 | 決 手 続 欄 | 裁 欄 | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | | | |
| | 保険者番号 | | 支給申請書整理番号 | | | | 療養費区分 | | | | 診療費 | | | 資格 | 特定 | 給付 | 一部負担金 | | | | |
| | 090803 | | | | | | | | | | | | | 証明 | 疾病 | 割合 | 減額 | 減免 | | | |
| | 法制番号 | | | | | | 診 | 補 | 柔 | そ | 医 | 菌 | 調 | 入 | 外 | | | 認 | 定 | 減 | 免 |
| | 一般 | 退職 | 本人 | 家族 | 6歳 | 高(一定以上) | 高(一般) | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | 67 | 1 | 2 | 3 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 | 8 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | |

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|----------|---------|--|-----|--|-------------|--|---------|--|-----------------|-----------|----------------|--|----------|---|--|
| 申 請 者 欄 | 被保険者証の記号番号 | 療養を受けた | | | | | | | | | | | 世帯主 | | | | |
| | 個人番号 | 被 保 険 者 | | | | | | | | | | | との続柄 | | | | |
| | 傷病名 | 氏 名 等 | | | | | | | | | | | 男・女 昭・平 年 月 日生 | | | | |
| | 発病又は負傷年月日 | 平成 年 月 日 | 療 養 期 間 | | | | 平成 年 月 日 から | | | | 平成 年 月 日 まで | | | | 日間 | | |
| | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 _____ 印 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 (_____) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 出張所 | | 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 他 法 優 先 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担分 国 保 優 先 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

療養を受けた方の氏名・性別・生年月日・世帯主との続柄を記入してください。

※赤い丸で囲まれた場所以外については、那須町職員が記入いたします。

世帯主様の住所・氏名・電話番号・振込先を記入してください。
※振込先の銀行について必ず、銀行名・支店名を記入してください。
ゆうちょ銀行は、支店名が3桁の店番となっております。

※振込先を世帯主以外にする場合、委任状が必要となります。