

# 国民健康保険療養費支給申請書

|              |          |                |                 |
|--------------|----------|----------------|-----------------|
| 被保険者<br>記号番号 | ごのへ      | 療養を受けた<br>被保険者 |                 |
| 傷病名          |          | 個人番号           | 昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| 診断年月日        | 令和 年 月 日 | 装着年月日          | 令和 年 月 日        |

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地

診療又は調剤に従事した医師・歯科医師、又は薬剤師の氏名

|                      |           |  |                  |  |
|----------------------|-----------|--|------------------|--|
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 発病の<br>原因 | 1. 業務災害、通勤災害又は第三者行為以外の原因による。<br>2. 第三者行為による。(自動車事故、その他の事故)<br>3. 業務災害(通勤災害、第三者行為)の疑いがある原因。 |                  |  |
|                      | 傷病の<br>経過 |  | 療養に<br>要した<br>費用 |  |
|                      | 療養<br>内容  |  |                  |  |

|              |                    |           |          |
|--------------|--------------------|-----------|----------|
| 振込先<br>(世帯主) | 銀行<br>信用金庫<br>協同組合 | 本店<br>支店  | 普通・当座・貯蓄 |
|              | 口座番号               | 名義人(カタカナ) |          |

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

世帯主 住所 〒 五戸町 字

氏名

電話番号

五戸町長 殿

上記申請の療養費を次の通り支給してよろしいかお伺いします。 円× %=

|                                  |    |      |                         |      |   |
|----------------------------------|----|------|-------------------------|------|---|
| 療養費支給決定額                         | 円  |      |                         |      |   |
| 決裁年月日                            | 課長 | 課長補佐 | 班長                      | 課内合議 | 係 |
| 令和 年 月 日                         |    |      |                         |      |   |
| 一般・前期高齢者・70歳以上現役並み所得者<br>( 70% ) |    |      | 70歳以上一般・未就学児<br>( 80% ) |      |   |