

支給年月日
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	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	年 月分
------	------

公費負担者番号		保険者番号	3 3 0 0 4 3
---------	--	-------	-------------

受給者番号		被保険者 記号番号	岡 4
-------	--	--------------	-----

療養を受けた 被保険者	氏名	昭・平・令 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)	年 月 日から	※ 療養に要した 費用	療養の給付	円
	年 月 日まで ( 日間 )		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	発病(負傷)の原因
療養の給付を 受けることがで きなかった理由	<input type="checkbox"/> 相手方のいる交通事故・ケンカ 動物による負傷
	<input type="checkbox"/> 上記以外

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。

年 月 日

住所

申請者 氏名

(世帯主)

玉野市長殿

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	本店	預金 種 目	1. 普通預金 口座番号
金庫	支店		2. 当座預金 名義人
農協	営業部		※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)					