

保 決 裁 手 続 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		資格特 定給付	一部負担金															
									証明書	疾病割 合	減額 認定	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
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	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・令	年 月 日生
	発病又は負傷年月日	年 月 日		療 養 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、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	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。							
年 月 日		住所					
世帯主		氏名					印
佐野市長 様		個人番号					
TEL ( )							

支 払 方 法	1 現金	銀行 信金 信組 農協	支店 支所	金融機関コード	—	
	2 口座振込			種 別	口 座 番 号	口座名義人 (カタカナで記入)
				1 普通		
				2 当座		

決 定 額	費 用 額		円
	負 担 区 分	支給決定額 (保険者負担額) 1	
		一 部 負 担 金 2	
		他 法 優 先 3	
	負 担 分	国 保 優 先 4	