

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										
											減 額 減 免										
	法 制 番 号		区 分				診 補 柔 所	医 歯 調 入 外	証 明 書 疾 病 割 合	認 定 減 免											
	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

**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 被 保 険 者	さのまる 花子				世帯主		
	個人番号			氏 名 等	男	女	昭	平	令	年 月 日 生	との続柄
	傷病名			療 養 期 間	年 月 日 から				日間		
	発病又は負傷年月日	年 月 日		年 月 日 まで							
	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	佐野市○○町○○番地		○○病院							
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	片栗 花子										
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 3. その他		2. 第三者行為である	備考							
欄	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		佐野市○○町○○番地							
	世帯主	氏名		さのまる 太郎				印			
	佐野市長 様	個人番号		1000 2000 3000							
		TEL ( 0283 )		○○ — ○○○○							

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	123456	サノマル タロウ
						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	