

様式第1号(第10条関係)

| | | |
|----|-----|---------------|
| 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

療養年月 年 月分

| | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|------|
| 区 | 1社・国 | 1単独 | 1本入 | 5家入 | 7高入一 |
| | 4退職 | 22併 | 2本外 | 6家外 | 8高外一 |
| 分 | | 33併 | 3六入 | | 9高入7 |
| | | | 4六外 | | 0高外7 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|--------|-----------------------------|------------------|-----|-------------------------|-------|------------|----------------------------|-----|-----------|
| 公費負担者番号 | | 保険者番号 | 3 3 0 0 8 4 | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | 被保険者 記号・番号 | 岡8 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 第三者行為によるものか はい いいえ | | |
| 療養の給付を 受けることがで きなかった理由 | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 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 (世帯主) | | | 氏名 | | | | | | | | |
| 総社市長様 | | | 個人 番号 | | | | | | | | |
| | | | 電話 () - | | | | | | | | |
| 振込先口座 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（口座情報の記入は不要です。） <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出が不要になります。</small> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。（口座情報を記入してください。） | | | | | | | | | | | |
| 銀行 | | 本店 | | 預 金 種 目 | | 1. 普通預金 口座番号 | | | | | |
| 信用金庫 | | 支店 | | | | 2. 当座預金 | | | | | |
| 農協 | | | | | | 3. 名義人 | | | | | |

(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) | | | | | |