

(注意)

- (1) 所要事項は洩れなく記入し記入漏れのないようにしてください。
- (2) 被保険者証で治療を受けることが出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具」の各費用の請求を除く他はその理由をくわしく具体的に記入してください。
- (3) 一般、歯科、調剤、補装具の該当のものを○でかこんで下さい。
- (4) 発病又は負傷の原因特に外傷の場合は具体的にその受傷の原因をくわしく記入してください。
- (5) 第三者行為にかかわる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- (6) 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押して下さい。
- (7) 太枠の中だけご記入ください。

国民健康保険療養費支給申請書

(一般・歯科) (入)
(調剤・補装具) (外)

世帯主

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の 記号番号	記号・番号 35 - . (枝番)	療養を受けた人のこと	氏名	その他
	傷病名			個人番号	
	発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	結 精
				世帯主との続柄	
	診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地				
	診療調剤又は手当てに従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名				
	療養費の支給申請をした理由 { 被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由 }		1. 保険請求によらないため 2. 遡って社会保険の資格を喪失したため 3. 海外で治療を受けたため 4. その他の理由()		
	発病又は 負傷の原因		療養に要した費用※ 拾万 万 千 百 十 円		
	備考				
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 (印) (あて先) 日野市長 電話番号 ()					

法 案※	年 月 日	審査決定額※	円	負担割合			
通 知※	.			3割			
決 裁※	係	係長	課長補佐	課長	一部負担金※	円	1割
					差引支給額※	円	高2割
					決定年月日※	年 月 日	高3割 未2割

受付者