様式第５（第６条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者  （生年月日）  （個人番号） | | | |  | | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | | |
| (　　　　　年 　月 　日)  ( ) | | | | | | 一般・退職被保険者の別 | | |  | | |
| 療　養　期　間 | | | | 年 　月 　日から  同月　　日まで　　日間 | | | | | | 傷病名 | |  | | | |
| 発病負傷年月日 | | 年　 月　 日 | | | |
| 療 養 を 受 け た  医 療 機 関 等 | | | | 名　称 | 別添のとおり | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| 療養に従事した医師等の氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 発病の原因 | | | | | □第三者行為(交通事故等) 　□その他(自損事故,疾病等) | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 療養内容 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることがで　きなかった理由 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 療養期間中に支払った一部負担金の額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 口座振込 | (金融機関名) | | | (支店名) | | | | 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | |  |
| (預金種別) | | | (口座番号) | | | |  | | | | | |
| 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　　　世帯主　住　　所  　　 氏　　名  個人番号  岩倉市長　　　　殿　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処　　理　　欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉医療 | | 滞納 | 療養に要した費用 | | | 審査決定費用額 | | | | | 支 給 決 定 額 | | | 担当者確認 | |
| ・有 済  ・無 未済 | | 有 ・ 無 | 円 | | | 円 | | | | | 円 | | |  | |