

国民健康保険係処理欄	下記のとおり給付を決定してよろしいか				起案年月日 令和 年 月 日			台帳入力 高額入力						
	課長	課長補佐	係長	係	決裁年月日 令和 年 月 日			/	/					
					決定年月日 令和 年 月 日			通知	支払					
					決定番号 第 号			/	/					
一般	退本	退扶	前期	一般	高8割	高7割	未就学	入院	外来	乳	子	障	ひ	公費
費用額 円		保険者負担分 円		一部負担金 円		他法負担分 円		支給額 円		支払方法 口座・現金				

国民健康保険療養費支給申請書 (診療費・補装具・その他)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	宮6 -	療養を受けた被保険者氏名										
	個人番号												
	傷病名				生年月日	昭 平 年 月 日	続柄						
	発病、負傷年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	療養期間	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで	日間						
	診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称												
	診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名												
	療養の給付を受けることができなかった理由	発病等の原因									療養に要した費用		
		傷病の経過									円		
		療養内容											
	第三者行為の有無	有 ・ 無		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。

令和 年 月 日

日向市長 様

〒

申請者(世帯主) 住所 日向市

個人番号

氏名

(電話 - -)