

第 13 号様式

町 記 入 欄	審 査 決 定 点 数	点
	決 定 費 用 額	円
	支 給 金 額	円

国民健康保険療養費支給申請書									
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	由		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名						
傷 病 名			個 人 番 号						
発 症 ・ 負 傷 年 月 日	年	月	日	療 養 期 間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
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 も の の 名 称 及 び 所 在 地									
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 の 原 因			傷 病 の 経 過						
療 養 内 容			療 養 に 要 し た 費 用	円					
支 払 を 希 望 す る 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合、口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下欄へ記入）								
	金 融 機 関 名				支 店 名				
	口 座 番 号				口 座 名 義 (カタカナ)				
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に世帯主が署名してください。)									
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名									
発 症 又 は 負 傷 の 理 由	1 : 第三者行為（交通事故等）			2 : 業務上の災害（通勤災害等）					
3 : その他（自損事故・疾病等）									
備 考	支払コードNo.								
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 _____									
電話番号 _____									
由仁町長 様									