様式第4号(第13条関係)

＊一般 ＊退職本人 ＊退職家族	＊一般7割	＊本人外来…2 ＊家族外来…6 ＊未就学外来…4 ＊高齢者外来一般…8 ＊高齢者外来7割給付…0	
年　月 診療	＊70歳以上8割		
	＊70歳以上7割		
	＊就学前8割	＊65～69歳該当	

受付印

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氏名		世帯主との続柄	
傷病名		個人番号			
発病負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 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	1. のため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付を受けた。 2. のため被保険者証を提出しなかった。 3. 生血の提供を受けた。 4. あんま・マッサージの施術を受けた。 5. 柔道整復の施術を受けた。 6. 補装具を装着した。	発病負傷の原因	
		傷病の経過	
		療養の内容	
		療養に要した費用	円

業務上・第三者行為の確認	1. 業務上である　2. 第三者行為である	備考	
口座振替先金融機関名	銀行　普 金庫　支店　当 農協　貯	名義人	住所 フリガナ 氏名

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し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼(承諾)します。

年　月　日

住所

世帯主　氏名　　印

個人番号

川辺町長　殿