

課長	次長	G L	係長	副担当	主担当

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	-	被保険者氏名			
被保険者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 (満 歳)	被保険者 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
被保険者の 区分	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一前期 <input type="checkbox"/> 一高齢 <input type="checkbox"/> 退本人 <input type="checkbox"/> 退家族 <input type="checkbox"/> 退高齢	一部負担 金の割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
負傷原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	福祉・公費の 該当の有無	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 無	入・外 の区別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
傷病名	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・薬剤の支給を受けた 医療機関等の所在					
診療・薬剤の支給を受けた 医療機関等の名称					
診療・調剤に従事した 医師等の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由					
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由 _____		<input type="checkbox"/> 保険証が交付される前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 下記理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 特別療養費			
決定点数	公 費	費用額	給付割合	支給額 (1円未満切捨て)	
点	円	円	割	円	
金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本支店名	本店 支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	口座名義 (カナ)				
世帯主と口座名義人が異なる場合は、この欄に署名捺印してください。					
上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 <span style="float: right;">㊟</span>					
上記のとおり、診療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。					
平成 年 月 日					
世帯主 住 所 <u>みなかみ町</u> <span style="float: right;">番地</span>					
氏 名 _____ <span style="float: right;">㊟</span>					
電話番号 _____					
みなかみ町長 様					