

|          |       |    |      |    |    |     |
|----------|-------|----|------|----|----|-----|
| 決定<br>伺い | 支給決定額 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 担当者 |
|          | 円     |    |      |    |    |     |

**国民健康保険療養費支給申請書**

|                |    |            |        |
|----------------|----|------------|--------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 加茂 | 療養を受けた者の氏名 | (個人番号) |
|----------------|----|------------|--------|

|       |          |                            |
|-------|----------|----------------------------|
| 傷病名   | 療養期間     | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |
| 発症年月日 | 平成 年 月 日 | 日間                         |

|                  |    |
|------------------|----|
| 医療機関等の<br>名称・所在地 | 入院 |
|                  | 外来 |

|        |  |
|--------|--|
| 医師等の氏名 |  |
|--------|--|

|                              |                     |       |
|------------------------------|---------------------|-------|
| 療養の給付を受け<br>ることができな<br>かった理由 | 発症の原因               |       |
|                              | 第三者行為<br>(交通事故等)の有無 | 有 ・ 無 |
|                              | 傷病の経過               |       |

|          |      |
|----------|------|
| 療養に要した費用 | 療養内容 |
|----------|------|

|             |          |                  |       |
|-------------|----------|------------------|-------|
| 処<br>理<br>欄 | 支給決裁年月日  | 払<br>込<br>口<br>座 | 金融機関名 |
|             | 平成 年 月 日 |                  | ふりがな  |
|             | 支給年月日    |                  | 口座名義  |
|             | 平成 年 月 日 |                  | 口座番号  |

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ます。

平成 年 月 日

住所

世帯主

氏名

加茂市長 殿