

NO.

国民健康保険療養費支給申請書

※負担区分 3・2・1 割

被 保 険 者 証 番 号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			
個 人 番 号		生 年 月 日 ・ 年 齢	昭 和 平 成	年 月 日	歳
傷 病 名		世 帯 主 と の 続 柄			
発 病 ・ 負 傷 年 月 日		療 養 期 間	平 成 年 月 日 から	平 成 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 氏 名 、 名 称 及 び 所 在 地	<input type="checkbox"/> 別紙(指示書・レセプト)のとおり				
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	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり				
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な っ た 理 由	<input type="checkbox"/> 補装具購入 <input type="checkbox"/> 特別療養 <input type="checkbox"/> 国保資格取得期間に他保険者証を提示して医療機関等を受診した <input type="checkbox"/> 他保険資格を遡って喪失したため <input type="checkbox"/> その他	発 病 の 原 因			入 院 ・ 外 来
		傷 病 の 経 過			療 養 に 要 し た 費 用 円
		療 養 内 容			
		※ 資 格 ・ 負 担 区 分 確 認			
一 般	アイウエオ				
備 考		退 職 (本 ・ 扶)	現 役 一 般 II I	円	

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。

山鹿市長 様

平成 年 月 日

世帯主住所

熊本県山鹿市

氏 名

印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◇この申請にかかる診療について、交通事故等の第三者行為に該当するものはありますか。(はい ・ いいえ)

※国民健康保険税が未納になっている世帯は、療養費の支給が一時差し止められる場合があります。

※記入してください