

様式第5号（第11条関係）

決裁	年 月 日			審査決定点数	点
伺	年 月 日			療養の給付をした 場合に要する額	円
決	課長	係長	担当		
裁				一部負担金	円
				差引支給額	円

(注 意)

4 3 2 1  
 所要事項はもれなく記入し、記入もれないようにしてください。  
 被保険者証で治療等を受けることができなかつた理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く  
 ほかは、その理由を詳しく具体的に記入してください。  
 発病又は負傷の原因が外傷の場合は、負傷の原因を詳しく記入してください。  
 第三者行為に係る傷病の場合は別に「第三者の行為による被害届」を添付してください。

国民健康保険療養費支給申請書						
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号				療養を 受けた人 の氏名	
	個人番号					
	生年月日	年 月 日			前期・若人 の別	1. 前期高齢者 2. 若人
	負担割合	1割	2割	3割		
	傷病名				入外区分	入院 ・ 外来
	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
	療養を受けた 病院等	名 称				
		所在地				
	医師等の氏名					
	療養費の支給申請 をした理由 (被保険者証で治療等が 受けられなかつた 具体的な理由)					
発病又は 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他( )				療養に要した費用	円
備 考	公費の使用 有 ・ 無					
支給額は、下記の振込口座に振り込んでください。						
振込先 金融機関	銀行 信金 農協	支店	口座 種別	普 ・ 当	口座番号	
口座名義人 (フリガナ)						
受付印	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。					
受付者	(宛先) 各務原市長		年 月 日			
	住所					
	世帯主 氏名					
	個人番号					
	電話番号 ( )		—			