

様式第2号(第16条関係)

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	起 案	年 月 日		
					決 裁	年 月 日		
					執 行	年 月 日		
					処 理	受 付	資格確認	審 査
支 出 科 目	令和 年度国民健康保険事業会計歳出					支、不支給	通 知	台 帳 記 入
	一般被保険者療 養 費		退職被保険者等療 養 費					
支、給 不、決 支、定	この申請は右のとおり支給額を決定し、支給するものとする		決定金額 円		この申請は別紙の理由により不支給とし申請人(世帯主)あて通知するものとする			
			支給金額 円					

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	金 国	療養を受けた被保険者の氏名	年 月 日生	世 帯 主 との続柄	
被 保 険 者 の 個 人 番 号					
傷 病 名			療 養 の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日				
診療又は手当を受けた病院・診療所その他のものの名称及び所在地	名 称		所 在 地		
診療(施術)に従事した者の氏名			傷病の原因		
療養の給付を受けることができなかった理由			傷病の経過		
			療 養 の (施 術) 内 容		
			第三者行為によるもの で す か	はい ・ いいえ	
療 養 (施 術) に 要 し た 費 用	円				
上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添え申請します。 令和 年 月 日 住所 金武町字 番地 方 金武町長 殿 世帯主 氏名 個人番号					

注1 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。

2 数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字をまっ消したうえその部分に認印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入してください