

保 険 者 欄	決 裁 手 続 欄		課長		係長		係		申 請 年 月 日		. .		
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号		療 養 費 区 分		診 療 費		資 格 証 明 書		特 定 疾 病		
090084												一 部 負 担 金	
法 制 番 号		区 分		診 補 柔 そ		医 歯 調 入 外		資 格 証 明 書		特 定 疾 病		給 付 割 合	
一 般 退 職 本 人 家 族		6 歳 高 (一 定) 高 (一 般)		診 補 柔 そ		医 歯 調 入 外		資 格 証 明 書		特 定 疾 病		減 額 認 定 書	
75 67 1 2		3 7 9		1 2 3 8		1 3 4 1 2		1 1		1 1		減 免	
												1 1 2	

国民健康保険健康療養費支給申請書

申 請 者 欄	被保険者証の 記号番号		—		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 等		男・女 昭・平・令 年 月 日		世帯主との 続 柄	
	個人番号				氏 名 等		男・女 昭・平・令 年 月 日		世帯主との 続 柄	
傷 病 名				療 養 期 間		平・令 年 月 日 から		日間		
発病又は負傷 年 月 日		年 月 日		療 養 期 間		平・令 年 月 日 まで		日間		
診療、調剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地				療 養 期 間		平・令 年 月 日 まで		日間		
診療または調剤に従事した 医師、歯科医師又は薬剤師の氏名				療 養 期 間		平・令 年 月 日 まで		日間		
療養の給付を 受けることが 出来なかった理由		<ul style="list-style-type: none"> <li>補装具装着</li> <li>保険証未提示</li> <li>保険の種別変更</li> <li>海外療養費</li> <li>その他</li> </ul>		発病の 原因		原因不詳・その他( )		療 養 に 要 し た 費 用		
				傷病の 経過				療 養 に 要 し た 費 用		
				診 療 内 容		補装具・診療(医・歯・調)・柔整 その他( )		療 養 に 要 し た 費 用		
業務上・外、 第三者行為の有・無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		備 考				療 養 に 要 し た 費 用		
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。				備 考				療 養 に 要 し た 費 用		
令和 年 月 日				住 所				療 養 に 要 し た 費 用		
申請人				氏 名				療 養 に 要 し た 費 用		
小山市長様				個人番号				療 養 に 要 し た 費 用		
電話 ( )				電 話 ( )				療 養 に 要 し た 費 用		
支 給 方 法		1 現 金		支 店		金 融 機 関 コー ド		—		
2 口座振込		金 融 機 関 名		支 所		種 目		口 座 番 号		
				出 張 所		1 普 通		口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)		
						2 当 座				

決 定 欄	返戻理由		費 用 額		円		
			支 払 決 定 額 (保 険 者 負 担 額)		円		
			一 部 負 担 金		円		
			他 法 負 担 分		円		
				他 法 優 先		円	
				国 保 優 先		円	

※市役所での受付後、審査機関での審査がありますので支給まで3ヶ月ほどかかります。

※国民健康保険税に未納がある世帯については、後日納税相談を実施し、支給額を未納分へ充当していただきますのでご了承下さい。