|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | |  | | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 区分 | | 一 般 ・ 退 職（本人・扶養）  □前期高齢者　2割・3割 | | | | | | | 生年月日 | | | 昭和・平成・令和  年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | |  | | | |
| 医療機関名 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | 発病負傷年月日 | | | | | | | 平成・令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　　～　　平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **疾病の原因** | | 1. **疾病等** 2. **交通事故等第三者行為** 3. **労災事故** | | | | | 疾病の経過 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の内容 | |  | | | | | 療養に従事した医師等の氏名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | ①治療用装具　　　　　　　　　②保険証の提示ができなかった  ③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した  費 用 額 | | ①  円 | | | | 一 部 負 担 金  相当額 | | | ②　　　（　　　割）  円 | | | | | | 支給申請額 | | | | | | ①－②  円 | | | | | | | |
| 受　取　方　法 | 口座払 | 金融機関 | | | 銀行・農協・信用金庫　　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | 普通・当座預金（債権者番号　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | （フリガナ　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現金払 | 会計課窓口で受領希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠種類を添えて申請します。**  **令和　　年　　月　　日**  **（世帯主）住所**    **氏名**  **電話　　　　　　－　　　　－**  **個人番号**  **大船渡市長　様** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　　 分 | | | | | | | | 添付書類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １、一般診療（医科・歯科等） | | | | | | | | 療養に要した費用の領収書、診療（調剤）報酬の明細書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２、治療用装具の支給 | | | | | | | | 必要と認めた医師の診断書、装具代金の領収書、  装具の写真（靴型装具の場合のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３、輸　　血 | | | | | | | | 必要と認めた医師の証明書、血液代金の領収書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４、針・灸及びあんま・マッサージ | | | | | | | | 医師の同意書、施術のわかる領収書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５、柔　道　整　復　師  以下 処理欄（記入不要） | | | | | | | | 施術明細のわかる領収書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（国保法施行規則第27条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　 　年　　　　 月　　　　 日　　　　　　　上記のとおり申請がありましたので、  支給決定してよろしいでしょうか。 | 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 課　　僚 | 主　任 |
|  |  |  |  |  |