

## 国民健康保険療養費支給申請書

療 養 費 種 別	
医 科	
歯 科	
調 剤	
装 具	
施 術	
臓器等移送	
海 外	
そ の 他	

<input type="checkbox"/> 支給決定	この申請書は右のとおり支給額を決定し、支給するものとする。	審査決定金額  円
<input type="checkbox"/> 不支給決定	この申請書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

資格区分	一般	高齢2割	高齢3割	未就学児	前期	
被保険者証記号・番号	垣国		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷(労災) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者による傷害 <input type="checkbox"/> その他		
個人番号						
療養を受けた被保険者氏名			発病・負傷年 月 日	年 月 日		
生年月日	年 月 日		療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
世帯主との続柄		性別			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	

療養の給付を受けることができなかった理由	1 国保加入手続き前に受診したため 2 緊急その他やむを得ない理由によりで被保険者証を持参していなかったため 3 治療用装具を作成したため 4 他保険資格喪失後受診のため 5 短期被保険者証の期限切れのため 6 その他( )
----------------------	---

療養に要した費用	円	医療機関等名
----------	---	--------

病院、診療所、薬局等の名称及び所在地、医師名、傷病名等、療養内容等は別添書類のとおり。

支払いを希望する金融機関・口座番号・口座名義人	金融機関名	銀行・信金・労金	本店
	口座番号	普通    当座	支店
	口座名義人(カタカナで)		

委任欄	※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名
-----	--

上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給について、証拠書類(領収書等)を添えて申請します。

年 月 日

<b>【世帯主】</b> 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 個人番号 _____ 石 垣 市 長 様	<b>【申請人】</b> 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 世帯主との続柄 _____
---	---

**【注意事項】**

- 1 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、第三者行為による傷病届(様式第5号)を添付します。
- 2 療養費の支給は、申請後、約2か月～3か月かかります。

確 認 欄	資格	納税状況