

(注 意)

(一)(二)(三)(四)

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
が
受
け
る
こ
と
が
出
来
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
他
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
特
に
外
傷
の
場
合
は
具
体
的
に
受
傷
の
原
因
を
詳
し
く
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。
第
三
者
行
為
に
か
か
る
傷
病
の
場
合
は
別
に

| 国民健康保険療養費支給申請書 (小松 太郎) | | | | 世帯主 | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------|----------------------|-------------|---------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者証の記号番号 | 小 ○○○○○○○○ | 療養を受けた人の氏名、生年月日、続柄 | 小松 一郎 昭和××年××月××日 | そ の 他 | |
| | 個人番号 | | | 世帯主との続柄 | | 子 |
| | 傷病名 | | 療養期間 | から まで 日間 | | |
| | 発病負傷年月日 | | | | | |
| 入 入 入 入 | 診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 診療薬剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名 | | | | | |
| | 療養費の支給申請をした理由 | | | | | |
| と こ ろ | 発病又は負傷の原因 | 1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等) | 療養に要した費用 | | | |
| | 療養の内容 | 1. 医科 2. 装具 3. 海外療養費 4. () | 円 | | | |
| | 備考 | | | | | |
| 支給額は、下記の振込口座に振り込みください。(口座名義人は世帯主です。) | | | | | | |
| 振込先金融機関 | △ △ | 銀行 信用金庫 農 協 | △ △ | 支店 支所 出張所 | 口座 種別 | 1 普通 2. 当座 |
| 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | | 口座名義人 カナ氏名 | コマツ タロウ | | |
| 【医療費受給者証】 こども・ ひとり親・障害 | 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。 ××年××月××日 | | | | | |
| 保険税 | 1. 完納 2. 未納 (納税相談 円充当) | 住所 小松市□□町□□番地 | | | 世帯主 | |
| 受付者 | 氏名 小松 太郎 | | | (署名または記名押印) | | |
| | 個人番号 123456789012 | | | 電話 ○○-○○○○ | | |
| | (あて先) 小松市長 | | | | | |

| | |
|-----------------|---|
| 審査決定点数 | 点 |
| 療養の給付をした場合に要する額 | 円 |
| 一部負担金 | 円 |
| 差引支給額 | 円 |