

(注 意)

(二)(四)(ハ)(イ) 所要事項はもれなく記入し、記入もれのないようにしてください。
資格確認書等で治療等を受けることが出来なかった理由は「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「第三者行為による傷病届」を添付してください。

国民健康保険療養費支給申請書 ()										世帯主
被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号					療養を受けた 人の氏名、生 年月日、続柄		年 月 日		そ の 他
	個 人 番 号							世帯主との続柄		
	傷 病 名					療 養 期 間		から まで 日間		
	発 病 負 傷 年 月 日									
	診療薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局そ 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									
	〔 被保険者証で治療等 が受けられなかった 具 体 的 な 理 由 〕									
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				口座名義人 カ ナ 氏 名						
【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。								
保 険 税	1. 完納 2. 未納 (納税相談 円充当)		年 月 日							
			住 所							
受 付 者			世 帯 主							
			氏 名							
			個人番号							
		(あて先) 小松市長								
電 話										
(署名または記名押印)										
印										
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								