

# 療 養 費 支 給 申 請 書

|         |                            |               |           |
|---------|----------------------------|---------------|-----------|
| 住 所     | いちき串木野市                    | 傷病名及びその原因     |           |
| 受診者氏名   | 男・女                        | 第三者行為の有無      | 無 ・ 有     |
| 生 年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和       |               |           |
| 個 人 番 号 |                            | 申 請<br>理 由    |           |
| 世帯主との続柄 |                            |               |           |
| 保険証記号番号 | い串国保 -                     | 医療機関等の名称及び所在地 |           |
| 添付書類    | 診療明細書<br>証明書 別紙のとおり<br>領収書 |               | 病院に支払った費用 |

上記の者が療養に要した費用につき、上記理由により療養費を支給くださるよう  
国民健康保険法施行規則第27条の規定に基づき申請いたします。

令和 年 月 日

申 請 者（世帯主）

電 話 番 号

## 支 給 決 定 伺

| 課 長 | 補 佐 | 係 長 | 係 | 支 給 決 定 額 |
|-----|-----|-----|---|-----------|
|     |     |     |   | 円         |

## 国 民 健 康 保 険 診 療 費 計 算 書

| 区 分 |  | 一 部 負 担 金 |       | 金 額 |       |
|-----|--|-----------|-------|-----|-------|
|     |  | 入 院       | 入 院 外 | 入 院 | 入 院 外 |
| 請 求 |  | 1 割       |       |     |       |
|     |  | 2 割       |       |     |       |
|     |  | 3 割       |       |     |       |
| 決 定 |  | 1 割       |       |     |       |
|     |  | 2 割       |       |     |       |
|     |  | 3 割       |       |     |       |

※記名押印にかえて署名することができます。