

様式第15号（第19条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                        |          |                  |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|------------------|---------------|--|
| 支払金<br>融機関                                                                                                                                                                                                        | 銀行<br>農協                                                                  | 支店<br>支所                               | 口座<br>番号 |                  | フリガナ<br>口座名義人 |  |
| 被保険者<br>記号番号                                                                                                                                                                                                      |                                                                           | 療養を受けた<br>被保険者氏名                       |          | 生年月日             |               |  |
| 疾病又は負傷の理由                                                                                                                                                                                                         |                                                                           | 1：第三者行為（交通事故等）      2：その他（自損事故・疾病等）    |          |                  |               |  |
| 傷病名                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |                                        |          |                  |               |  |
| 発病・負傷年月日                                                                                                                                                                                                          |                                                                           | 年    月    日から    年    月    日まで（    日間） |          |                  |               |  |
| 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                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                        |          |                  |               |  |
| 診療又は調剤に従事した医師、<br>歯科医師又は薬剤師の氏名                                                                                                                                                                                    |                                                                           |                                        |          |                  |               |  |
| 療養の給付<br>を受けるこ<br>とができな<br>かった理由                                                                                                                                                                                  |                                                                           | 発病の原因                                  |          | 療養に<br>要した<br>費用 | 円             |  |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           | 傷病の経過                                  |          |                  |               |  |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           | 療養内容                                   |          |                  |               |  |
| 備考                                                                                                                                                                                                                | 【支給額】<br><br>円 × (   0.7   ・   0.8   ・   0.9   ) =                      円 |                                        |          |                  |               |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。<br><br>年        月        日<br><br>世帯主    住所        基山町<br><br>氏名<br><br>個人番号<br><br>電話番号    (                      )                      —<br><br>基山町長                      様 |                                                                           |                                        |          |                  |               |  |

※添付書類  
領収書、療養内容を証明する書類（治療用装具の場合は医師の証明書、装着証明書、見積書、請求書）