様式第１０（第１０条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | ア・イ・ウ・エ・オ |
| 年齢 | 一般・未就学 |

|  |
| --- |
| 下記のとおり支給してよろしいか |
| 療養に要した費用 | 円 | 審査決定費用額 | 円 | 決定金額 | 円 |

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  |
| 療養を受けた被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主との続柄 |  |
| 療養の種類 | 診療・治療用装具・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 傷病名 |  | 発病又は負傷の年月日 | 年　　月　　日  |
| 傷病の原因 | １　第三者行為２　その他 | 傷病の経過 |  |
| 療養期間 | 年　月　日から年　月　日まで | 日間 | 療養に要した費用の額 | 円　　 |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  |
|  |
| 病院等所在地・名称 |  |
| 医師、歯科医師又は薬剤師氏名 |  |
| 振込先金融機関 | 種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 　　　　　銀行　　　　　信用金庫　　　　　店　　　　　農協 | 普通・当座 |  | フリガナ |
|  |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　年　　月　　日世帯主　住所氏名　　　　　　　　 　　　　個人番号電話番号　　　　（　　　）印　扶桑町長様 |

* 上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内に住所を有する人に、一人に一つ付番された１２桁の番号です。