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。