

保 険 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄											申 請 年 月 日	.	.				
											決 裁 年 月 日	.	.						
	保 険 者 番 号			支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分			診 療 費			資 格 特 定 給 付	一 部 負 担 金				
	0 9 0 0 5 0							診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病 割 合	減 額 減 免
	法 制 番 号		区		分		診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病 割 合	減 額 減 免	
一 般	退 職	本 人	家 族	6 歳	高(一 定 以 上)	高(一 般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	1	2
75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	1	2

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	—		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 等	男 ・ 女 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生	世 帯 主 と の 続 柄
	個 人 番 号			療 養 期 間	平 成 ・ 令 和 年 月 日 から 平 成 ・ 令 和 年 月 日 まで	日 間
	傷 病 名			診 療 、 薬 剤 の 支 給 ま た は 手 当 て を 受 け た 病 院 、 診 療 所 、 薬 局 そ の 他 の 名 称 お よ び 所 在 地		
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平 成 令 和 年 月 日		診 療 ま た は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 、 歯 科 医 師 ま た は 薬 剤 師 の 氏 名		
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		発 病 の 原 因 傷 病 の 経 過 療 養 内 容	療 養 に 要 し た 費 用	円	
	業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無	1. 業 務 上 2. 第 三 者 行 為 で あ る 3. そ の 他		備 考		
	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 。					
	令 和 年 月 日		世 帯 主		住 所 氏 名 印	
	鹿 沼 市 長 宛				個 人 番 号 TEL ()	
	支 払 方 法	1 現 金	銀 行 信 金	支 店	金 融 機 関 コー ド	
2 口座振込		信 組 農 協	支 所	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ で 記 入)
				1 普 通 2 当 座		
決 定 額				費 用 額		円
				支 給 決 定 額 (保 険 者 負 担 額) 1		
				一 部 負 担 金 2		
				他 法 負 担 分	他 法 優 先 3 国 保 優 先 4	