

様式第 6(第 7 条関係)

本件を承認する	G L	主 幹	主 査	主 任	担 当	起 案
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	円

給付割合： 0.8 ・ 0.7 ・ (0.8・0.7 )

国民健康保険 療養費支給申請書

区分	6 歳未満 ・ 一般 ・ 高齢者 ( 7 0 歳 2 割 ・ 3 割 )
----	--------------------------------------

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	( S ・ H ・ R 年 月 日生 )
個人番号		療 養 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで
傷 病 名		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	
発病、負傷日	年 月 日	診療又は調剤に従事した医師、歯科 医師又は薬剤師の氏名	
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	装具の制作者 は、医療機関では ないため	発病の 原因 不 詳	療養 に要 した 費用
		傷病の 経過 補装具により経過観察	円
		療 養 内 容 補装具により療養中	
備 考	傷病の原因 <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

令和 年 月 日

上記のとおり領収書等の関係書類を添えて申請いたします。

高浜市長 殿

住 所 高浜市 町 丁目 番地  
申 請 者 ( 世帯主 ) 個人番号  
氏 名  
電 話 ( ) -

国民健康保険療養費については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先	指 定 金 融 機 関 名	店 名	預金の種類	口 座 番 号	( フ リ ガ ナ ) 口 座 名 義 人
	銀行 金庫 組合		・ 普 通 ・ 当 座		