

保 険 者 欄	決 手 続 欄		申請年月日		・		・		
	決 裁 年 月 日		・		・		・		
	被 保 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号		療 養 費 区 分		診 療 費		
	090035								
	資 格 特 定 給 付 認 定		証 明 書 疾 病 割 合		一 部 負 担 金		減 額 減 免		
法 制 番 号		区 分		診 補 柔 そ		医 歯 調 入 外		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	
75		67		1		2		3	
7		9		1		2		3	
1		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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				日 間
	傷 病 名	別紙のとおり		別紙のとおり					
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 令和 不 年 詳 月 日		別紙のとおり					
	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	別紙のとおり							
	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	別紙のとおり							
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か つ た 理 由	発 病 の 原 因		不 詳				療 養 に 要 し た 費 用	円
		傷 病 の 経 過		不 詳					
		療 養 内 容							
	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 明 書 類 を 添 え て 申 請 し ま す。 令 和 年 月 日 住所 栃木市 世帯主 氏名 栃木市長様 個人番号 Tel ( ) —									
支 払 方 法	1 現金		銀 行	支 店		金 融 機 関 コ ー ド		—	
	2 口座振込		信 金	支 所		種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 ( カ タ カナ で 記 入 )	
			信 組			1 普通			
		農 協			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 優 先 負 担 分				3		
		国 保 優 先				4			