|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の 番号 |  | | 療養を受けた 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | 世帯主との 続柄 | |  |
| 傷病名 |  | | 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養期間 | | | 年　　　　　月　　　　　日から 年　　　　　月　　　　　日まで 日間 | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病負傷 年月日 | 年　 月 　日 | |
| 第三者行為（交通事故等）による負傷 | | はい ・ いいえ | | ※第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は調剤に従事した医師歯科医師又は調剤師の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を 受けることができなかった理由 | １給付を行うことが困難である場合  ２緊急な場合  ３その他止むを得ない場合  （理由を備考欄に記載すること） | | | 発病の原因 | |  | | | | | | | | | | | | | 療養に要した 費用 | |
| 傷病の経過 | |  | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 療養 内容 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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  　日出町長　　　様  住　所　日出町  世 帯 主　　氏　名  個人番号印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額算出欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　　　　　分 | | 金　　　　　額 | | | 説　　　　　　　　　　　　明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定金額 | | ※ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金相当額 | | ※ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他法負担額 | | ※ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 差引支給額 | | ※ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

本人確認書類　□マイナンバーカード　　□運転免許証　　□その他（　　　　　　　　　）

　　　　　　　□聴き取り