

※決定伺	課長	課長補佐	係長	係	支給決定日 平成 年 月 日	
	承認番号	補装具 看護 移送	支給期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	費用額	A ( 点)	負担区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 70歳以上現役並み <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 70歳以上一般 <input type="checkbox"/> その他 ( )
				支給額	A × 0.7、0.8、0.9 円	内訳 保険給付額 指定公費額 一部負担金

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者	氏名	
病 症 名		生年月日	昭和・平成	年 月 日
発病・負傷年 月 日	平成 年 月 日	療養期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間

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・所在地

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	<input type="checkbox"/> 補装具のため	発病の原因	療養に要した費用額	円
	<input type="checkbox"/> 国保加入期間中に他の保険により診療等を受けたため	傷病の経過		
	<input type="checkbox"/> 国保に遡及して加入したため ※やむを得ない事情以外は該当しません。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	療養内容 診療、薬剤又は治療材料の支給、処置手術その他の治療、病院又は診療所への収容、看護、移送		

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。

平成 年 月 日

音更町長 宛て

住 所 音更町

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (印)

個 人 番 号 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

上記の申請金額の受領を \_\_\_\_\_ に委任します。

平成 年 月 日

住 所 音更町

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (印)

振込先金融機関 \_\_\_\_\_ 銀行・信金・信組 \_\_\_\_\_ 本店・支店  
農協・労働金庫 \_\_\_\_\_ 本所

口座番号 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_  
(普通・組勘) \_\_\_\_\_ 口座名義人 \_\_\_\_\_

注 ※印欄は記入しないでください。

### ※事務処理欄

受付	支出負担行為／支給日	
(印)	支出負担行為日	支給日
	年 月 日	年 月 日