

様式第8 (第5条関係)

療養費支給決定伺			起案日	年 月 日	
決 裁	主 務	担当者	下記のとおり支給してよろしいか。		
			支 給 金 額		
療養に要した費用額		審査決定費用額		決定金額	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	療養を受けた 被保険者氏名	世帯主 との 続柄
	個人番号	
傷病名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	
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 歯科医師又は薬剤師の氏名		
療養の給付を受けることができなかつた理由		
交通事故等の第三者行為 有 ・ 無		
発病の 原因		傷病の 経過
療養 内容		療養に要 した費用
<p>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。 なお、支給決定額については、下記の口座へ振込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>世帯主 個人番号</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>美浜町長様</p>		

口座 振込	(金融機関名)	(支店名)	(預金種目)	受 付 印
	農協・信金 銀行・信組	支店	普通 当座	
	(口座番号)	口座 名義人	(フリガナ)	

処理欄	福祉医療区分	無・子・障・精・母・傷	退職者医療区分	一般・本人・扶養
-----	--------	-------------	---------	----------