

保 険 者 欄	決 手 続 欄	裁 欄					申 請 年 月 日	.		.										
	保 険 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分				診 療 費				資 格 特 定 給 付	一 部 負 担 金				
	法 制 番 号		区 分				診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	証 明 書	疾 病 割 合	減 額 認 定	減 免	減 免
	一 般	退 職	本 人	家 族	6 歳	高(一 定 以 上)														
	75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8	1	3	4	1	2	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					世 帯 主	
	個人番号					被 保 険 者					と の 続 柄	
	傷病名					氏 名 等	男 ・ 女	昭 ・ 平	年 月 日 生			
	発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	療 養 期 間	平成 年 月 日 から				日 間	
						平成 年 月 日 まで						
請 者 欄	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											
	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											
	療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因 傷病の経過 療養内容				療 養 に 要 し た 費 用	円					
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拠書類を添えて申請します。												
平成 年 月 日											住 所	
世帯主											氏 名	
下野市長 様											個人番号	
Tel ()											印	
支 払 方 法	1 現金 2 口座振込		銀行 信金 信組 農協		支店 支所	金融機関コード		—				
						種 別	口 座 番 号		口座名義人 (カタカナで記入)			
					1 普通 2 当座							

決 定 額	費 用 額				円
	負 担 区 分	支 給 決 定 額 (保 険 者 負 担 額) 1			
		一 部 負 担 金 2			
		他 法	他 法 優 先 3		
	負 担 分	国 保 優 先 4			