国民健康保険療養費支給申請書

年月日

中標津町長 様

申請者 住所 中標津町

（世帯主） 氏名

連絡先 （--）

世帯主個人番号( )

下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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | | | | | 中標津 | | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | |  | | | | | | 男  ・  女 | 世帯主との続柄 | | | |
| 傷病名 | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | 生年月日 | | 年 月 日生 | | | | | | |  | | | |
| 発病負傷年月日 | | | | | 年月日 | | | | | | | 療養期間 | | 年 月 日 から  年 月 日 まで | | | | | | | | | 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所在地及び名称 | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | 対象者個人番号 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は調薬に従事した医師又は薬剤師の氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | 診療月 | | 年 月 診療分 | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由  （一般診療の場合、具体的な理由を明記すること） | | | | | 補装具 ・ 一般診療 | | | | | | | | | | 発病負傷の原因 | | □ケガ　→「負傷原因届」を併せてご提出ください。  (第三者行為・業務上災害・その他）  □病気 | | | | | | | |
| 傷病の経過 | |  | | | | | | | |
| 療養に要した費用額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | 療養内容 | |  | | | | | | | |
| 振込口座  （世帯主） | | | | | 銀行  金庫  農協 | | | | | | 本店  支店  本所 | | | | 支給方法 | | 口座振込 ・ 窓口現金 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 普通  当座 | | （口座番号） | | | | | | | |
| 証拠書類： 別紙のとおり（領収書及び証明書、診療報酬明細書　等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養費算出基礎 | | | | 決定年月日 | | | | 年月日 | | | | | |  | 債権者番号 | | | － | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 区分 | | 一般（７割） | | | 退職（７割） | | | ６歳未満（８割） | | | | 前期高齢者（９割） | | | 前期高齢者（８割） | | | | 前期高齢者（７割） | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 費用額 | | | | | | | 給付割合 | | 端数調整 | | | 支給決定額 | | | | |  | 本人負担額 | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | | |  |
| ※ 前期高齢者（９割）の場合：費用額の１割に相当する額を下段に記入 【保険者から国へ請求する分】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 療養費等の支給に係る国が支払う一部負担金等の一部に相当する額 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |