

様式第19号

保 險 者 欄	決 裁 手 繕 欄								申請年月日		・ ・							
		決裁年月日		・ ・														
保 險 者 欄	保険者番号			支給申請書整理番号			療養費区分			療 養 費			特別 療養	特定 疾病	給付 割合	一部負担金		
	090092						診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	減額 認定		
	法制番号		区 分													減免		
	一般	退職	本人	家族	未就学	高(一定以上)	高(一般)	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1 減免	1 免

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被保険者 の記号番号	—		療養を受けた 被保険者 氏名等		世帯主 との続柄												
	個人番号					男・女	昭・平・令			年	月	日	生					
	傷病名					療養期間		令和 年 月 日から							日間			
	発病又は負傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日まで														
	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																	
	診療または薬剤に従事した医師、 歯科医師または調剤師の氏名																	
	療養の給付を 受けることができ なかつた理由			発病の 原因								療養に 要した 費用	円					
				傷病の 経過														
				療養 内 容														
	業務上・外、第三 者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者 3. その他 行為である		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。																		
欄	令和 年 月 日			住所 真岡市														
				世帯主 氏名														
支 払 方 法	1 現 金	銀行 信金 信組 農協		支店 支所	金融機関コード	—							口座名義人(カタカナで記入)					
	2 口座振込				種 別	口 座 番 号												
					1. 普通 2. 当座													
決 定 額						費用額							円					
						支払決定額 (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					