|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険療養費支給申請書** | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号番号 | | 合志 | | 療養を受  けた被保  険者氏名 | |  | | | 世帯主  と　の  続　柄 |  |
| 傷病名 | |  | |
| 個人番号 | |  | | |
| 療養期間 | | 年　　月　　日　　から  　　年　　月　　日　　まで  日間 | | | | |
| 第三者行為によるものか | | | □はい　　□いいえ |
| 発病負傷  年月日 | | 年 　月 　日 | |
| 診療・調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  かった理由 | |  | | 発病の  原　因 |  | | 療  養  に  要  し  た  費  用 |  | | |
| 傷病の  経　過 |  | |
| 療養の  内　容 |  | |
| 備　考 |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する、別紙証明書及び領収書を添えて  　　申請します。  　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  世帯主（申請者）　住所  氏名  個人番号  （あて先）合志市長 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 番号確認 | 本人確認 | 代理権確認 | 代理人確認 | 受付者 |
| 済・未 | 済・未 | 済・未 | 済・未 |  |