

様式第 43 号(第 37 条、第 54 条関係)(その 1)

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄	課 長		係 長		係		申請年月日	・	・										
								決定年月日	・	・										
	保険者番号		支給申請書整理番号			療養費区分			診 療 費		一部負担金									
	090175																			
	法制番号		区 分			診	補	柔	そ	医	歯	調	入	外	資格 証明書	特定 疾病	給付 割合	減額		減 免
	一般	退職	本人	家族	6歳 未満													高 (一定 以上)	高 (一般)	
75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8	1	3	4	1	2	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 被 保 険 者 氏 名 等	氏名	世帯主 との続柄	
	個 人 番 号			男・女	年 月 日生	
	傷 病 名					
	発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から	日間	
				年 月 日まで		
	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	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。						
年 月 日						
世帯主 住 所						
氏 名 印						
電 話 () —						
日光市長 様 個人番号						
支 払 方 法	1 現 金	銀行	本店	金融機関コード		
		信金	支店	種 別	口座番号	
	2 口座振込	信組	支所	1 普通	口座名義人(カタカナ)	
		農協	出張所	2 当座		

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