

第 8 号様式(第19条関係)

一 般	退 本	退 扶

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

国民健康保険療養費支給申請書												医科・歯科・薬剤・補装具・柔整 あんま・マッサージ・はり・きゅう 看護・移送・その他・生血											
(申 請 主) 世帯主	住 所																						
	氏 名 (署名又は 記名押印)												電 話										
	個人番号													世帯番号									
被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号													療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名										
受 診 者 宛 名 番 号																							
被 保 険 者 の 個 人 番 号														生 年 月 日									
傷 病 名																							
発 病 負 傷 年 月 日			年 月 日										給付割合		割								
療養期間 (調剤・施術)			年 月 日から 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・薬局その他の者の名称及び所在地																							
療養費の支給申請をした理由 <被保険者証で治療等が受けられな かった具体約な理由>													診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名										
発症又は負傷の理由			1：第三者行為(交通事故等) 2：業務上の災害(通勤災害等) 3：その他(自損事故・疾病等)										療養に要した費用										
													百万	十万	万	千	百	十	円				

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。
申請年月日 年 月 日 下記口座にお振込みください。

振 込 先	口座名義人(カナ)																			
	振 込 先 金 融 機 関	銀行コード						支店コード												
		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合										支 店								
		(右詰前0) 口 座 番 号									預 金 種 目		1 普通	2 当座	4 貯蓄					
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名又は記名押印してください。 上記名義人口座への振込みを了承します。 世帯主氏名																				
決裁区分		課長	課長補佐	係長	係	支給決定日				支給年月日										
丙																				