(様式第１１号)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 対策監 | 課長補佐 | 主　幹 | 係　長 | 主務者 | 課　　　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**国民健康保険療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号番号 | |  | 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 | | | | | |
| 発病・負傷  年　月　日 | | 年　月　日 |
| 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 | | |  | | | | | | | |
| 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つた理由 |  | | 発病の原　因 |  | | 療養に要した費用 | 保険者負担額 | | | |
| 傷病の経　過 |  | |
| 療　養内　容 |  | |
| 第三者行為該当 | | 有・無 | |

□公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

□振込口座を指定する

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  | (カナ) |
|  |
| 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　三股町  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  個人番号　　　　　　　-　　　　　-  電話番号  三股町長　　　　　　　　　　　殿 | | | | |