

様式第4号(第3条関係)

国民健康保険 療養費支給申請書

小林市

被保険者証 記号・番号		被 保 険 者 療 養 を 受 け た	個人番号			
診療年月	年 月		氏名			
保険種別	一般 退職		生年月日	年 月 日	性別	男・女

医療機関等 の所在地					
医療機関名 及び医師名				第三者行為の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
医療費種別	1.一般診療 2.補装具 3.柔整 4.あんまマッサージ 5.はりきゅう 6.看護 7.移送 8.その他() 9.生血				
点数表区分	1.医科 2.DPC 3.歯科 4.調剤 5.施設療養費 6.訪問看護				
入院外来	1.本人入院 2.本人外来 3.未就学者入院 4.未就学者外来 5.家族入院 6.家族外来 7.高齢者入院一般 8.高齢者外来一般 9.高齢者入院7割給付 10.高齢者外来7割給付				

疾病名、原因 及び経過					
申請の理由					
発病・負傷日	年 月 日	療養期間	年 月 日から		
療養内容	別紙の通り		年 月 日まで 日間		
療養に要した費用		公費負担額			
保険者負担額		指定公費			
一部負担額		高額療養費			

振 込 先	名 称				
	口座番号		口座種別		
	名義人(カナ)				
	名義人(漢字)				

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を揃えて申請及び 円を請求します。

小林市長様

年 月 日

世帯主：住所

氏名

個人番号

連絡先

㊞