様式第9号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 1　支給する | 支給金額 | 円 |
| 支給期間 | 年　　月分 |
| 一般 | 若人・若人(前期)・高齢　割・就学前 |  | 2　支給しない | (支給しない理由) | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の  記号番号 | | |  | | | 療養を受けた被保険者氏名  生年月日 | |  | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | | |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | |  | | |
| 個 人 番 号 | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 発病、負傷年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 療　　養  期　　間 | | 年　　　　月　　　　日から  年　　　　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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | |
| 第三者行為  の　有　無 | 有 ・ 無 | | | 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。  　※必要に応じて、様式第9号の2を添付してください。  　　　　　年　　月　　日  世帯主　住所与謝野町字  氏名  個人番号  電話番号  　与謝野町長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込送金先金融機関名 | 支店名等 | 預金種別 | 口　座　名　義（カタカナ） |
| 銀　　行  農　　協  信用金庫  信用組合  （　　　　） | 本店  支店  支所  （　　　） | 当座・普通 |  |
| NO. |