

様式第17号 (第37条関係)

保 険 者 欄	決 裁 手 続 欄						申請年月日		. .		税確認				
							決裁年月日		. .						
	保険者番号		支給申請書整理番号		療養費区分		診 療 費		資 格 明 確 証 書	特 定 疾 病	給 付 割 合	一部負担金			
	法制番号		区 分		診 補 柔 所	医 歯 調 入 外	減 認 書	額 定				減 免			
	一般	退職	本人	家族					6歳	高(一定以上)	高(一般)		1	1	1
	7 5	6 7	1	2	3	7	9	1	2	3	4	1	2	1	1

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		世帯主との続柄	
	個人番号						男・女		年 月 日生	
	傷病名						療養期間		年 月 日 から 日間	
	発病又は負傷年月日		年 月 日				年 月 日 まで			
	診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、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		傷病の経過		療養内容		療養に要した費用 円	
	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				住所		世帯主 氏名 ①	
	那須塩原市長 様		個人番号				電話()		—	
支 払 方 法	1 現金		銀行		支店		金融機関コード		—	
			信金		支所		種別		口座番号	
			信組		出張所		1 普通		カタカナ(口座名義人)	
	2 口座振替		農協				2 当座			

決 定 額	費用額		円	
	負 担 区 分	支払決定額 (保険者負担額)	1	
		一部負担金	2	
	他 法 負 担 分	他法優先	3	
国保優先		4		