

保 險 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 証 書	特 定 疾 病	給 付 割 合	一部負担金			
	090134							診	補	柔	そ		医	歯	調				入	外	減 額 認 定	減 免
	法制番号		区 分																			
	一般	退職	本人	家族	6 歳	高(一定以上)	高(一般)															
7 5	6 7	1	2	3	7	9	1	2	3	8		1	3	4	1	2	1	1		1	1	2

申請者欄	被保険者の 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		
	発 病 又 は 負 傷 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			療養に要した費用		
			傷病の 経 過					
			療 養 内 容					
	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 那須塩原市長 様 個人番号 電話() —								
支払方法	1 現 金 2 口座振替	銀行 信金 信組 農協	支店	金融機関コード		—		
			支所	種 別	口 座 番 号	カタカナ(口座名義人)		
			出張所	1 普 通				
				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	