様式第１０（第８条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号番号 |  |
| 療養を受けた被保険者氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 個人番号 |  |
| 傷病名 |  | 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名前 |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  | 傷病の経過 |  |
| 療養の内容 |  |
| 備　考 | 　上記項目は、証明書のとおり |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　世帯主　（〒　　　－　　　）　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話　　　　　犬山市長 |

添付書類　①　療養に要した費用に関する領収書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市確認欄 | 資　格 | 有　・　無 | 振込先口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀　行　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　農　協 | 備　考通帳・カード・他・無 |
| 入院外来の別 | 入院 ・ 外来 |
| 前期区分 | 現・一・Ⅱ・Ⅰ | 支店名 | 　　　　　　　　　　　支　店 |
| 内　　訳 | 裏面・別紙・無 |
| 第三者行為 | 有　・　無 | 預金の種類 | 普通　・　当座 | 受付者 |
| 福祉医療 | 子・障・母・精 | 口座番号 |  |
| 有　・　無 | フリガナ |  | 受付印 |
| 収納状況 | 完納・未納 | 口座名義人 |  |

②　診療報酬明細書（コルセットの場合は医師の証明書）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養に要した費用 | 　　　　　　円 | 審査決定費用額 | 　　　　　円 | 決定金額 | 　　　　　　　円 |