様式第4号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書  (診療費用、治療用装具用、特別療養費、海外療養費) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号 | | | | |  | | | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | |  | | |
| 被保険者区分 | | | | | 一般・乳幼児・退職本  退職被扶・前期高齢 | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | |  |  |  | |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 診療又は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称及び所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | |  | | | | | | 傷病の原因 | | | | | □第三者行為  □その他 | | | | | | 療養に要した費用 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | |  | | | | | |
| 療養内容 | | | | |  | | | | | |
| ※ | 装具の名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 場合のみ記載  治療用装具の | 装具を必要とする医師の意見 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　年　　月　　日  　　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼書 | | | 銀行　金庫  農協　組合 | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | | 1　普通預金  2　貯蓄預金  3　当座預金  4　その他 | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |
| (フリガナ)  口座名義人 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり医療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  世帯主　住所  氏名　　　　　　　　　　印  個人番号  電話番号(　　　　　　　　)  　(あて先)  　　登米市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※以下市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給金額  (決定) | | 医療に要した費用額(　　　　　　円)×　　　　＝　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |