

様式第17号 (第37条関係)

保険者欄	決 裁 手 続 欄															申請年月日	・			
																決裁年月日	・			
	保 険 者 番 号		支給申請書整理番号						療 養 区 分				診 療 費			資 格 特 定 証 明 書 疾 病	給 付 割 合	一 部 負 担 金		
	法 制 番 号		区 分						診	補	柔	そ	医	歯	調			入	外	減 免 認 定
	一般	退職	本人	家族	6歳	高(一定以上)	高(一般)	1								2	3			
75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8	1	3	4	1	2	1	1	1	2	

国民健康保険療養費支給申請書

申請者欄	被保険者証等の記号・番号												療養を受けた被保険者氏名等	年 月 日 生		世帯主との続柄	
	個人番号													年 月 日 から			日間
	傷病名												年 月 日 から		日間		
	発病又は負傷年月日		年 月 日										年 月 日 から			日間	
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の名称および所在地												療養期間		療養に要した費用		円
診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名												発病の原因		療養に要した費用		円	
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	
大田原市長 様																電話	
支払方法	1 現金		振込先	銀行		本店		金融機関コード									
	2 口座振込			信金		支店		種別		口座番号		(フリガナ) 口座名義					
				信組		出張所		1 普通									
		農協		支所		2 当座											

決定欄											費用額		円	
											支給決定額 (保険者負担額) 1			
											一部負担金 2			
											他法負担分		他方優先 3	
												国保優先 4		