

様式第15号

|                                                                               |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|--|-------|------------------|------|----------------|---------------|--|--|--|--|
| 国民健康保険療養費支給申請書                                                                |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 被保険者の<br>記号・番号                                                                | 川島一                                                                    |  |  |       | 一般・退職<br>被保険者等の別 |      |                | 一般・前期高齢者・未就学  |  |  |  |  |
| 療養を受けた<br>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       |  |  |  |  |
| 発病又は負傷<br>年 月 日                                                               | 年 月 日                                                                  |  |  |       |                  |      |                | 年 月 日まで<br>日間 |  |  |  |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた<br>病院、診療所、薬局その他の者の<br>名称及び所在地                                |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 診療又は調剤に従事した医師、歯<br>科医師又は薬剤師の氏名                                                |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 療養の給付又は<br>特定療養費<br>の支給を受け<br>ることができ<br>なかった理由                                | <input type="checkbox"/> 他保険で受診したため                                    |  |  | 発病の原因 |                  |      | 療養に要した<br>費用の額 | 円             |  |  |  |  |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 保険証なしで受診したため                                  |  |  | 傷病の経過 |                  |      |                |               |  |  |  |  |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 装具作成のため<br><input type="checkbox"/> 海外で受診したため |  |  | 療養内容  |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 備考                                                                            |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。<br>年 月 日<br>川島町長 あて<br>世帯主 住 所<br>氏 名<br>個人番号<br>電話番号 |                                                                        |  |  |       |                  |      |                |               |  |  |  |  |
| 振込金融機関                                                                        |                                                                        |  |  |       | 種目               |      | 振込口座の番号及び名義人   |               |  |  |  |  |
| 銀 行<br>農 協<br>信用金庫<br>支店                                                      |                                                                        |  |  |       | 普 通<br>当 座       |      | 番号             |               |  |  |  |  |
|                                                                               |                                                                        |  |  |       |                  |      | フリガナ           |               |  |  |  |  |
|                                                                               |                                                                        |  |  |       |                  |      | 名義人            |               |  |  |  |  |