

第2号様式（第9条関係）

受付印

決 裁	課長	主幹	係	確認
				退 老

本人確認処理欄

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人

大垣市国民健康保険 療養費支給申請書

区 分	<input type="checkbox"/> 一 般		退 職 者	<input type="checkbox"/> 本 人	<input type="checkbox"/> 被 扶 養 者
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	療養を受けた 被保険者氏名				年 月 日
	個人番号				
傷 病 名	(ア)	<input type="checkbox"/> 入 院	年 月 日 から		
発病負傷日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院外	年 月 日 まで 日間		
(イ) 診療、薬剤の支給又は手当て を受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地				療養に要した費用又は(ア)の期 間に係る療養につ いて(イ)に支払っ た一部負担金 円	
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事ができな かった理由					
療養の内容					
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> その他	傷 病 の 経 過			
銀 行 信用金庫 農 協		店 出張所		※療養費決定額 円	
普通・当座 フリガナ 名 義 人	番 号			療養の区分 一般医療、コルセット等治療装具、柔道整復師 はり・きゅう、マッサージ	
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類（診療報酬明細書及び領収書）を添えて申請します。					
年 月 日		住 所			
		申請者(世帯主) 氏 名			
		個人番号			
		電 話			
大 垣 市 長 様					

※ 審 査	件 数	日 数	点 数	費 用 額	給付割合	負 担 区 分				
	件	日	点	円	割	保 険 者 負 担		一 部 負 担 金		
	療養費支給決定額				百	十	万	千	百	十

※の欄は記入しないでください。