

第2号様式（第9条関係）

本人確認処理欄

受付印

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	聞 取	個 人

大垣市国民健康保険 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						年 月 日				
		個人番号										
傷 病 名		(ア)	☐ 入 院	年 月 日から								
発病負傷日	年 月 日	療養期間	☐ 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 要する費用につ 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	☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ その他		傷 病 の 経 過									
☐ 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は口座情報の記入不要) 注) 申請者（世帯主）以外の口座を利用される場合は、 必ず口座情報をご記入ください。				※療養費決定額		円						
銀 行 信用金庫 農 協 店 出張所 普通・当座 番号 フリガナ 名 義 人				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		
							円		円		
	療養費支給決定額				百	十	万	千	百	十	円

※の欄は記入しないでください。