様式第４号（第16条関係）



国民健康保険療養費支給申請書

（　　　　年　　月診療分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | |  | | | 住所 |  | | | | |
| 療養を受けた者の  個人番号 | |  | | | 世帯主との続柄 | | |  | | |
| 療養を受けた者の氏名 | |  | | | 一般・退職者等の別 | | | 一般・退職者等の別 | | |
| 生年月日 | | 年　 月 　日 | | | 福祉医療等の該当区分  （該当の番号に○） | | | １ 乳幼児　２ 重度  ３ 母子　　４ 父子 | | |
| 病院・診療所・薬局等名称 | |  | | | 傷病名 | | | 別　　　　　紙 | | |
| 日数 | | 日間 | | | 審査決定年月日 | | | 年　 月 　日 | | |
| 治療に要した費用額 | | 円 | | | 第三者行為の有無 | | | 有　・　無 | | |
| 療養の給付を受けられなかった理由 | | | | | | | | | | |
| １　保険医でない医療機関で治療を受けた。（右記に理由を明記） | | | 【理由】 | | | | | | 審査指導欄 | |
|  | | | | | |  | |
| ２　難病のため医師の紹介等で専門の医療機関で治療を受けた。 | | |
|  | | | | | |
| ３　補装具を装着した。 | | |
|  | | | | | |
| ４　その他（右記に理由を明記） | | |
|  | | | | | |
| 上記について、証拠書類等を添えて申請します。  　支給は、下記の金融機関の口座名義へ振込支払をお願いします。  　　　　　　年　　月　　日  　　飛騨市長　　　　あて  世帯主名 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | 種別 | | 口座番号 | フ　　リ　　ガ　　ナ  口座名義 | | | |
| １ | | | 普・当 | |  |  | | | |
| ２　国民健康保険料 引落登録口座 | | |  | |  |  | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | 受理者印 |
|  | | | | | | | | | |  |