様式第５号（第11条関係）

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の氏名生年月日	年　月　日生
傷病名		個人番号	
発生負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から　日間　年　月　日まで

診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名称	
	所在地	
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ことができなかった理由	1．　のため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付を受けた。 2．　のため被保険者証を提出しなかった。 3．生血の提供を受けた。 4．あんま、マッサージの施術を受ける。 5．柔道整復師の施術を受ける。 6．補装具を装着する。	発病の原因負傷		療養に要した費用額
		傷病の経過		円
		療養内容		

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。
なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。

年　月　日

〒５０１－
住所　郡上市
世帯主
氏名

電話　（　）

個人番号

郡上市長　様

振込先金融機関	預金種別	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫　支店 農協　出張所	当座 普通		

療養費の算定基礎	
療養に要した費用額（ア）	円
保険給付相当額〈　割〉（イ）	円
支給決定額（ア－イ）	円