

様式第5号(第11条関係)

国民健康保険療養費支給申請書 (一般・退職)

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名 生年月日	明・大・昭・平年月日生
傷病名		個人番号	
発生負傷年月日	平成年月日	療養期間	平成年月日から 平成年月日まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 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つた理由	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。	発病の原因 負傷	療養に要した費用用額 円
	2. のため被保険者証を提出しなかつた。	傷病の経過	
	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。	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。			
平成年月日 501- 住所 郡上市 世帯主 氏名 (印) 電話 0575 () 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 農協	当座 普通		

療養費の算定期基礎	
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