

課長	主幹	副主幹	主席主査	担当	年	月	日	NO.
								受付

アミかけ部分に記入が必要です

記入例

(様式第1号)

国民健康保険療養費支給申請書

申請 平成 年 月 日	
住所 男鹿市船川港船川字泉台66番地1 TEL()	療養を受けた方 フリガナ オガ タロウ 世帯主氏名 男鹿 太郎 (印)
被保険者証番号	療養を受けた方 フリガナ オガ ハナコ
福祉医療受給者証番号	氏名 男鹿 花子 (男(女)) 生年月日 昭(平) 11年 1月 1日
保険区分	<input type="radio"/> 一般国保 <input type="radio"/> 退職本人 <input type="radio"/> 退職家族 どちらかに○印 (入院 (入院外))
申請区分	傷病名 <input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 入院外 <input type="radio"/> 歯科 <input type="radio"/> 調剤 <input type="radio"/> 柔整 <input type="radio"/> 鍼灸 <input type="radio"/> マッサージ <input type="radio"/> 治療材料等
	治療期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 治療に要した費用 円
療養を受けた病院、薬局等の名称および所在地	名称 男鹿みなと市民病院 所在地 男鹿市船川港船川字海岸通り
療養に従事した医師、薬剤師等の氏名	
給付を受けられなかった理由	
傷病の原因	交通事故等 ・ (左記以外)
※交通事故等の場合、詳しく記入	
世帯主の銀行口座	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 支店 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 支所 番号 1 1 1 1 1 1

算出基礎			
医療費総額	支給決定額		備考
	国保 (7・8割)	高額療養費 福祉医療(2・3割)	入力 リスト確認
円	高額福祉	※裏面に受付印または所名と日付	
	円	円	円