

様式第1号 (第2条関係)

法 別 (該当に○をする。)	国 保				退 職				区 分	組合国保 給付割合	
	一般	3歳未満	前期8割	前期9割	本人	家族	3歳未満	前期8割	前期9割	入 院	() 割
	25	25-3	25-8	25-9	67-3	67-4	67-5	67-8	67-9		
国民健康保険療養費支給申請書											
被保険者証 の記号番号	—			療養を受けた 被保険者氏 名・生年月日	男・女 年 月 日						
傷 病 名				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間						
発病・負傷 年 月 日	年 月 日										
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他のものの名称及び所在地											
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤氏名											
療養の 給付を 受ける ことが できな かった 理 由	発病の 原 因			療養に 要した 費用	円						
	傷病の 経 過										
	療養の 内 容										
備 考											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>(申請先) 佐久市長</p>											
口座振込 金融機関	銀行		支店	(フリガナ)	-----						
	信金		支店	口座名義人							
	農協		支所	口座番号	普・当						
<p>※ 支給される費用の額の受給は、上記の口座名義人に委任します。 ⑩</p>											

- 注 1 申請者と口座名義人が異なる場合は、※欄に世帯主名を記入の上押印願います。
- 2 備考欄は、施術等が初療の日から3か月を経過し、さらに施術を続ける場合、同意した医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療機関(指示がある場合)を記入願います。ただし、同意書がある場合は、その必要はありません。