

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	区分		福祉医療		受付印
					一般 退本 退扶	乳児 65-69 前期高齢	有 無	子・障 母・精	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	—	療養を受けた 被保険者氏名		個人 番号	
傷病名	別添のとおり	生年月日		世帯主 との続柄	
発病・負傷年月日	年 月 日				
療養期間	年 月 日から 年 月 日 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	別添のとおり				
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	別添のとおり				
療養の給付等を受けることが できなかった理由	装具の製作を業者に依頼したため				
療養の内容	装具による療養				
傷病の経過	装具装着の上経過観察				
発病の原因	(第三者行為：有・無)				
療養に要した費用					

上記のとおり療養に要した費用について別紙証拠書類を添えて申請します。	
年 月 日 世帯主	住所 氏名 (個人番号：) (電話 -) 氏名
届出人 (宛先) 小牧市長	

支給額については、下記口座名義人に受領委任します。	
委任者 (世帯主) _____	

登録口座		新規振込口座	
(振込先金融機関) 金融機関名	支店名	(振込先金融機関) 金融機関名	支店名
(預金種目) 普通・当座	(口座番号)	(預金種目) 普通・当座	(口座番号)
(名義人) フリガナ		(名義人) フリガナ	

国民健康保険療養費支給決定伺			納付確認
上記の療養費支給申請書を確認したところ適当と認められるので下記のとおり決定してよろしいか。			
支給決定額	円 ×	0. 7 0. 8 0. 9	= 円