

区 分	一般 ・ 退職 ・ 前高
	7割 ・ 8割 ・ 9割
記号番号	27 -

決 裁	課 長	補 佐	係 長	係

国民健康保険療養費支給申請書

受給者氏名		世帯主名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
個人番号		続 柄	
傷病名及びその原因		入外区分	入院 ・ 外来
発病または負傷の年月日	年 月 日		
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、薬局等の名称及び所在地	名 称： 所在地：		
診療、調剤に従事した医師、薬剤師の氏名			
診療、薬剤の支給または手当の内容	1. 一般診療 2. 海外療養 3. 治療用装具 4. 柔道整復 5. はり・きゅう 6. あんま・マッサージ 7. 生血代 8. 臓器等の搬送 9. その他		
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
医療を受けることができなかった理由	現金払いのため		
診療、薬剤の支給または手当を受けた費用の額			
計 算 欄	保険対象額 負担割合 支給額 (円) × (0.7 ・ 0.8 ・ 0.9) = (円)		
自己負担額の証明書を必要としますか。		はい ・ いいえ	
この傷病の原因は交通事故等(第三者行為)によるものですか。 ※自損事故は含みません		はい ・ いいえ	
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 嘉麻市長 殿 住 所： _____ 世帯主 氏 名： _____ 印 個人番号： _____ 電話番号： _____			
添付書類	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 装着証明書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> その他()		公費 無 子 ・ 障 ・ 親