

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	<p>名称 :</p> <p>所在地 :</p>				
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	<p>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</p>				
療養期間	<p>年 月 日 から</p> <p>年 月 日 まで 日間</p>				
医療を受けることができなかつた理由	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
)		