

様式第12号 (第14条、第19条関係)

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般・退職被 保険者等の別 | 一般・退職 | 本人 被扶養者 | 負担 区分 | 高齢受給者 | 1割 2割 3割 | 未就学 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療・薬剤の支給を受けた 病院、診療所、薬局その他 の者の名称及び所在地 | | | | | | | 第三者行為 (交通事故等) の有無 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師、歯科医師、薬剤師の氏名 | | | 傷 病 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付又は特別療養費 の支給を受けることができ なかつた理由 | | | 発 病 の 原 因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 傷 病 の 経 過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 療 養 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 療養につき算定 した費用の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 □入院 □外来 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり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>(宛先)</p> <p>狭山市長 〒 -</p> <p style="margin-left: 100px;">世帯主 住 所 狭山市 _____</p> <p style="margin-left: 200px;">氏 名 _____ 印</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">TEL _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記金融機関の預金口座に振込を依頼します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀 行 農 協 信用金庫 | 支 店 | 普 通 ・ 当 座 | 店番・口座番号 | 名 義 人 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |