

様式第19号(第37条関係)

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄												申 請 年 月 日		. .	
													決 裁 年 月 日		. .	
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号					療 養 費 区 分			診 療 費		資 格 特 定 給 付 証 明 書 疾 病 割 合	一 部 負 担 金		
	法 制 番 号		区 分					診 補 柔 所	医 歯 調 入 外	1 3 4 1 2	1 1	減 額		減 免		
一般	退職	本人	家族	3歳未満	高(一定以上)	高(一般)	1					2	3	8	1	1

国民健康保険療養費支給申請書・請求書

申 請 者 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		—					療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 等		男・女		年 月 日 生		世 帯 主 と の 続 柄	
	個 人 番 号														
	傷 病 名							療 養 期 間		年 月 日 から		日 間			
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日		年 月 日							年 月 日 まで					
	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 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 薬 剤 師 の 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 内 容												
			業 務 上・外、 第 三 者 行 為 の 有 無		1 業 務 上 2 第 三 者 行 為 だ け 3 そ の 他										
備 考															
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 ・ 請 求 し ま す。 年 月 日		住 所				氏 名									
		世 帯 主				氏 名									
		個人 番号				氏 名									
		那 珂 川 町 長 様				個人 番号									
		電 話 ()				氏 名									
支 払 方 法	1 現 金		銀行		支 店		金 融 機 関 コー ド		—						
	2 口 座 振 込		信 金		支 所		種 別		口 座 番 号		カタカナ(口座名義人)				
			信 組				1 普 通								
			農 協				2 当 座								

決 定 額	費 用 額		円	
	負 担 区 分	支 払 決 定 額 (保 険 者 負 担 額)		1
		一 部 負 担 金		2
	他 法 負 担 分	他 法 優 先		3
国 保 優 先		4		