様式第４号（第16条関係）



国民健康保険療養費支給申請書

（　　　　年　　月診療分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | 　 | 住所 |  |
| 療養を受けた者の個人番号 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 療養を受けた者の氏名 | 　 | 一般・退職者等の別 | 一般・退職者等の別 |
| 生年月日 | 年　 月 　日 | 福祉医療等の該当区分（該当の番号に○） | １ 乳幼児　２ 重度３ 母子　　４ 父子 |
| 病院・診療所・薬局等名称 | 　 | 傷病名 | 別　　　　　紙 |
| 日数 | 日間 | 審査決定年月日 | 年　 月 　日 |
| 治療に要した費用額 | 円 | 第三者行為の有無 | 有　・　無 |
| 療養の給付を受けられなかった理由 |
| １　保険医でない医療機関で治療を受けた。（右記に理由を明記） | 【理由】 | 審査指導欄 |
| 　 | 　 |
| ２　難病のため医師の紹介等で専門の医療機関で治療を受けた。 |
| 　 |
| ３　補装具を装着した。 |
| 　 |
| ４　その他（右記に理由を明記） |
| 　 |
| 　上記について、証拠書類等を添えて申請します。　支給は、下記の金融機関の口座名義へ振込支払をお願いします。　　　　　　年　　月　　日　　飛騨市長　　　　あて世帯主名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 振込先 | 金融機関名 | 種別 | 口座番号 | フ　　リ　　ガ　　ナ口座名義 |
| １ | 普・当 | 　 | 　 |
| ２　国民健康保険料 引落登録口座 |  | 　 | 　 |
| 備考 | 受理者印 |
| 　 | 　 |