

様式第9号

支 給	決定番号	第 号
	① 審査決定額	円
	療養の給付に要する費用	円
	③ 一部負担金 ①-②	円
	他法負担金	円
② 支給決定額 (うち食事療養費等分) ① × %		円
不支給事由		

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者 記号・番号	2ヒ	国保整 理番号		資 格 区 分	一般
療養を受けた被保険者	氏名				
	生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄		
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
発病・負傷 年月日	年 月 日	発病の 原因			
傷病の経過	第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ		
	業務によるものですか		はい ・ いいえ		
療養の内容	入院・入院外	療養に要した費用 (うち食事療養費又は生活療養費分)	円		
	医科・歯科・調剤・輸血 ・食事の提供・その他		(うち 円)		
診療・薬剤の支給、手当又は食事の提供を受けた病院・診療所・薬局等の名称、所在地					
診療等に従事した医師・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 (治療材料を除く。)					
備考					
<p>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します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>日立市長 殿</p> <p>申請者 (世帯主) 住所.....</p> <p>氏名.....</p> <p>電話番号..... ( ).....</p>					

\* 「第三者行為によるものですか」 はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

\* 「業務によるものですか」 はいの場合、勤務先の労災保険に申請してください。