別記様式第１０号(第２条関係)

療養費

国民健康保険療養費支給申請書

年　　月　　日

(あて先)高山市長

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

世帯主　住　　所

フリガナ
氏　　名
個人番号　　TEL　　(　　)

療養を受けた被保険者氏名(生年月日)		世帯主とのその続柄	被保険者番号	個人番号
	年　月　日			

傷病名	別紙のとおり	発病の原因	□交通事故等（第三者行為） □その他
発病負傷年月日	□不詳 □　年　月～　年　月	傷病の経過	
療養期間	□装具装着日 □　年　月～　年　月	療養の内容	別紙のとおり
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地			
療養の給付を受けることができなかった理由			

保険者負担率			
	□　７割	療養に要した費用　①	円
	□　８割	①×保険者負担率	円
	□　９割	支給額	円

振込先 (いずれかを選んで記入してください。)	金融機関(ゆうちょ銀行を除く)	農協 銀行 金庫	所 店
	1 普通 2 当座	預金通帳の口座番号(右詰で記入してください)	口座名義人 (フリガナ)
	ゆうちょ銀行(郵便局)	通帳記号　1　0　—	通帳番号(右詰で記入してください)

受付者

申請者と口座名義人が違う場合
上記名義人の口座への振込みを承諾します。　　申請者　氏名