様式第4号（第10条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

一般	退職・本人	退職・扶養	高齢受給者証 1割 2割 3割
乳幼児等	重度心身障害者	母子家庭等	父子家庭

年　　月　　日

本巣市長　様

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
氏　名
個人番号　　電話番号　　－　　－

療養を受けた被保険者氏名（生年月日）		世帯主との続　柄	被保険者番号	個人番号
	年　月　日生			
傷病名		発病の原因	□ 転倒 □ 不詳	
発病負傷年月日	□ 年　月　日 □ 不詳	傷病の経過	□ 入院加療中 □ 通院加療中	
療養期間		療養の内容		

第三者行為によるものか　　はい　・　いいえ
「はい」の場合は「第三者行為による被害届」を提出してください。

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	□ 保険取扱療養機関外のため □ 保険証不携帯　□ 装具装着のため

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　②		円
	□ 9割	支給額		円
支払方法		□ 口座振込　□ 窓口払い		

振込先	金融機関名	口座番号
	口座名義人	
	（フリガナ）	

※ 世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人の口座への振込みを承諾します。

世帯主　氏名