様式第9号(第25条関係)

法別(該当に○をする)	国保	退職	区分	組合国保給付割合
	一般 25　就学前 25―3　前期7割 25―8　前期8割 25―9	本人 67―3　家族 67―4　就学前 67―5　前期7割 67―8　前期8割 67―9	入院	(　　)割

国民健康保険 (療養費 / 特別療養費 / 移送費) 支給申請書(請求書)

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者氏名・生年月日	(　　年　　月　　日)
傷病名		個人番号	
発病・負傷年月日	年　　月　　日	療養期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
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			
		療養の内容			
備考					

上記のとおり医療費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。

なお、支給決定のうえは、下記口座へ振り込んでください。

年　　月　　日　　世帯主

住　所

(申請先)　　氏　名

東御市長　　連絡先(電話)

個人番号												

口座振込金融機関	農協　支所 銀行　支店 信用金庫　支店 信用組合　支店	口座名義人	フリガナ
		口座番号	普・当

※　支給される費用の額の受給は上記の口座名義人に委任します　㊞

注　申請者と口座名義人が異なる場合は、※欄に申請者名を記入のうえ、押印願います。

2　その他欄は施術等が3月を経過し、さらに施術を受ける場合同意した医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間(指示がある場合)を記入願います。ただし、同意書がある場合はその必要はありません。