

様式 9 号

支 給	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	(歳)	世帯主と の続柄
傷 病 名		療 養 機 関	年 月 日から 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 (うち 円)	
	医科・歯科・調剤・輸血 食事の提供・その他			
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				

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 丁						
日立市長 殿						
申請者(世帯主) 住所 _____						
氏名 _____						
個人番号 _____						
電話番号 (_____)						
振込先 (世帯主名義)	金融機関名		支店名		預金 種類	普通・当座
	口座 番号					口座名義人(カタカナ)
委任欄	上記の給付金受領に関する一切の権限を代理人に委任します。					
	年 月 日					
委任者	住所			代理 人	住所	
	氏名	(印)		氏名		

※世帯主以外の口座に振込みを希望する場合のみ、委任欄に記入してください。

*「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。