

## 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(宛先)鎌倉市長

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_

印

電話 ( )

次のとおり、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。

個人番号 \_\_\_\_\_  
この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。

被保険者 記号・番号	05-	被保険者氏名	世帯主 との 続柄	
発病・負傷 年月日	．．．	生年月日 年 月 日	個人 番号	
傷病名		療養期間	年 月 日から	
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族	<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親	
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、歯科医師及び薬剤師の氏名				
療養の給付を受けることができなかつた理由				
発病の原因		療養の内容		
傷病の経過		療養に要した費用	円	
審査決定金額	円	支給金額 7・8・9・10割	円	
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)		起案	・・	
課長	課長補佐	係長	係	
区分		<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)		
受付	審査依頼 ・・	審査終了受付 ・・	支給 ・・	
口座 振込	銀行 本店 支店			<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	口座名義(カタカナ)		