

保 險 者 欄	決 裁												申 請 年 月 日		. .			
	保 險 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号				療 養 費 区 分				診 療 費		資 格 特 定 給 付 一 部 負 担 金	証 明 書	疾 病	割 合	減 額 減 免	
	0 9 0 0 1 9																認 定 書	
	法 制 番 号		区 分				診 補 柔 所	医 歯 調 入 外	1 3 4 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2			
	一 般	退 職	本 人	家 族	未 就 学	高 (一 定 以 上)										高 (一 般)		
75	67	1	2	3	7	9	1 2 3 8	1 3 4 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2	1 1 2					

国民健康保険療養費支給申請書

申 請 者 欄	被保険者 記号・番号		—				療養を受けた 被保険者等 氏 名						世帯主との 続柄	
	個人番号						男・女		昭・平・令 年 月 日					
	傷病名						療養期間		令和 年 月 日 から				日間	
	発病又は負傷 年 月 日		令和 年 月 日						令和 年 月 日 まで					
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地													
	診療または調剤に従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名													
	療養の給付を 受けなかった理由				発病の 原因				療養に要した費用				円	
業務上・外、 第三者行為 の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		備考										
上記のとおり療養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。 令和 年 月 日 住 所 宇都宮市 世 帯 主 氏 名 _____ 個人番号 _____ 宇都宮市長 様 電 話 _____														
支 払 方 法	1. 現 金		銀行 信金		支店 出張所		金融機関コード		—					
	2. 口座振込		信組 農協		本店 支所		種 別		口 座 番 号		口座名義人(カタカナで記入)			
						1. 普 通								
						2. 当 座								

決 定 額	費 用 額		円	
	負 担 区 分	支 給 決 定 額 (保 險 者 負 担 額) 1		
		一 部 負 担 金 2		
	他 法		他 法 優 先 3	
負 担 分		国 保 優 先 4		