

記載例

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当		決定番号	第 号
					支	審査決定点数	点
						療養の給付に要する費用	円
						他法負担分	円
					給	一部負担分	円
						支給決定額	円
	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。				不支給	事由	

国民健康保険療養費支給申請書(医科、歯科、調剤)				
被保険者証	記号	かすみ	番号	1234567890 (10桁)
療養を受けた被保険者	霞ヶ浦花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
個人番号	マイナンバーを記入 (12桁)			
傷病名	傷病名を記載	療養期間	年月日から 年月日まで	日間
発病・負傷年月日	記載不要	発病の原因	記載不要	
傷病の経過	記載不要	法第60条、第64条該当の有無	60条:故意による疾病・負傷 64条:第三者行為による保険給付の損害賠償	
療養の内容	どちらかに○ 入院・入院外 輸血・コルセット食事の提供 その他	療養に要した費用(うち食事療養費分)	〇〇〇〇〇 円 (医療費の総額を記載)	
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・その他の者の名称、所在地		〇〇〇〇病院 〇〇市△△□□番地		
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		分かれば記載		
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。)		例:旅行中、急病で病院にかかったが、保険証を持っていなかったため。		
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。 令和〇年 〇月 〇日 住所 かすみがうら市△△□□番地 氏名 霞ヶ浦 太郎 かすみがうら市長 個人番号 世帯主のマイナンバーを記入				

通院日数が分かれば記載

どちらも該当しなければ無と記載

世帯主名
(押印不要)