第3号様式(第13条)

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (宛先)鎌倉市長    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。 | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日  住所  世帯主　氏名　　　　　　　　　　　　　　印  電話　　　(　　)  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。 | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・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 | | | | | □一般被保険者  □退職被保険者本人  □退職被保険者家族 | | | | | | | □就学時前  □65～69歳  □高齢一般  □高齢一定以上 | | | | | □乳児  □障害  □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ようか。 | | | | | | | | | | (伺い) | | | | 起案 | | | ・　　　・ | | | | | | |
| 課　長 | 課長補佐 | | | 係　長 | | | | 係 | 担　当 | | | | | 決裁 | | | ・　　　・ | | | | | | |
| 承認番号 | | |  | | | | | | |
| 区分 | | □承認します  □承認しません  (理由　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |  |
| 支給簿番号 | | |  | | | | | | |
| 受付 | | | | | | 審査依頼  ・　　・ | | | | | | | 審査終了受付  ・　　・ | | | | | 支給  ・　　・ | | | | | |
| 口座振込 | 銀行　　　　　　　　　　本店  支店 | | | | | | | | | | | | | | | □普通預金  □当座預金 | |
| 口座番号 | | | | | | | | 口座名義(カタカナ) | | | | | | | | |