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) |