

第4号様式(第9条第1項関係)

国民健康保険療養費(差額)支給申請書

太枠の中を記入してください。

| | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------|--|-------------|----|--|
| 被保険者 記号番号 | 余 | (枝番) | 個人番号 | | | | |
| 療養を受けた 被保険者氏名 | | | 生年月日 | 昭 平 令 年 月 日 | 世帯主と の続柄 | | |
| 療養の区分 | 1 治療用装具 4 柔整等 | 2 診療 5 その他() | 療養の 期 間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| 傷病名 | | | | | | | |
| ※発病負傷年月日 | 令和 年 月 日 | ※傷病の経過 | 治ゆ | 中止 | 継続 | 死亡 | |
| 診療、薬剤の支給又は 手当を受けた病院等機 関等の名称及び所在 地 | 所在地 | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 (治療用装具の場合は記載不要です) | | | | | | | |
| 傷病原因について、業務上又は第三者行為の有無 | 有 | 無 | | | | | |
| 上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添付して申請します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 住所 余市町 町 丁目 番地 | | | | | | | |
| 申請者(世帯主) 氏名 _____ 電話番号 () | | | | | | | |
| 個人番号 _____ | | | | | | | |
| 余市町長 様 | | | | | | | |
| 支払 区分 | 口座振替 窓口受取 | 銀行 農協 信用金庫 漁協 | 本店 支店 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | | |
| 口座名義人 (世帯主の口座) | (フリガナ) | | | | | | |

| 療養に要した費用額 | 一部負担額 | 支給決定額 | 負担割合 | 入外区分 | 年齢区分 | 所得区分 | 高額 | 有 | 無 |
|-----------|-------|-------|-------|--------------|------------------------|----------------------------|----------|---|-----|
| | | | 7・8・9 | 1.入院 2.外来 | 未就・65未・70未 70以上・70現 | ア・イ・ウ・エ・オ 現並・一般・低(I・II) | 医療 助成 | 重 | ひ 乳 |

| |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|