**国民健康保険療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 中国保 | 療養を受けた被保険者氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 個人番号 |  | 生　年　月　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 傷病名 |  | 発病・負傷年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 発病または負傷の理由 | １　：第三者行為（交通事故等）　　２　：その他（自損事故・疾病等） |
| 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 |  |
| 診療又は薬剤に従事した医師・歯科医師・薬剤師の氏名 |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  | 発病の原因 |  | 療養に要した費用 | 円 |
| 傷病の経過 |  |
| 療養内容 |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証明書類を添えて申請します。　令和　　　年　　　月　　　日　　世帯主　　住　所　　鹿児島県熊毛郡中種子町　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中種子町長　殿　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （委任状）私は，　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め，次の権限を委任する。令和　　　年　　　月　　　日請求した療養費の受領に関すること。申請者（世帯主）住所・氏名　　中種子町　　　　　　　　　　　　　番地　　　　　　　　　　　　　　　　代理人の住所・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　（　一般　・　退職本人　・　退職扶養　）

支給決定伺　　下記のとおり支給を決定します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給算出額 | 費用額 | 負担率 | 自己負担額 | 支給算出額 |
|  | 0.1 　0.2 　0.3 |  |  |
| 支給決定額 | 円 |
| 備考 |  |
| 支給決定年月日 | 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係 | 支払日付印 |
| 令和　　年　　月　　日 |  |  |  |  | 令和　　年　　月　　日 |