

様式第12号 (第15条、第16条関係)

国民健康保険 療養費 支給申請書 特別療養費				
下記のとおり医療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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 栗原市長 様 <div style="text-align: center;"> 申請人 住 所 (世帯主) 氏 名 個人番号 電話番号 </div>				
療養を受けた者	被保険者 記号番号		被保険者名 (個人番号)	()
	被保険者の 区分		生年月日	年 月 日
	世帯主との 続柄		発病又は負傷の 年月日	年 月 日
	傷病名		発病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他()
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地		名称 所在地		
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				
療養の給付を受けられなかった理由		ア 補装具の装着のため イ その他()		
療養に要した費用	円	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	
療養内容		傷病の経過		
医師の意見欄	傷病名	左記のとおり、治療用装具の装着を認めた。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 印		
	装具の名称			
	意見欄			
振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します			
	金融機関名	種別	口座番号	
	銀行 信金 支店 農協 信組 支所	普通 当座	フリガナ 名義人	
処理欄	療養に要した費用の額	円	療養費の種別	入院・外来区分
	支給決定の額	円	診療費・補装具 特別療養費 その他()	<input type="checkbox"/> 外来
	一部負担金の額	円		<input type="checkbox"/> 入院