様式第5号(第5条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

年　　月　　日

　古殿町長

住所

申請者

(世帯主)氏名

　国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により，次のとおり，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた者 | | 氏名 | |  | | | | | 個人番号 | |  | |
| 区分 | | 一般・退職本人・退職被扶養者 | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | | |
| 発病又は負傷の年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで(　　日間) | | | | | | | | | | |
| 診療，薬剤の支給又は手当を受けた病院，診療所，薬局等の名称及び所在地 | | | | | 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 | | | | | | | | | |  | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | |  | | | 疾病の原因 | |  | | | | 療養に要した費用の額 |
| 傷病の経過 | |  | | | |
| 円 |
| 療養の内容 | |  | | | |
| 医師の意見 | 傷病名 | | |  | | | | | | | | |
| 補装具を必要と認める理由 | | |  | | | | | | | | |
| 補装具装着年月日 | | | 年　　月　　日(入院・外来) | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  医師の氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |

備考　医師の意見の欄は，補装具を必要とする場合には，担当医師の意見を記入してください。