様式第2号（第3条関係）

**国民健康保険療養費支給申請書**（平成　　年　　月診療分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険種別 | □ 一般□ 退職 |
| 被保険者氏名 |  | 性　　別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 昭和□ 平成 | 年　　　　月　　　　日　 | 世 帯 主との続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発病の原因 | □ 第三者傷害□ その他 | 発病・負傷 | 平成　　 年　　 月　　 日 | 医療期間 | 平成　　 年　　 月　　 日～　　　 日(　　　　日間) |
| 療養の種類1　看護2　治療用装具3　あんま・マッサージ4　はり・きゅう5　柔道整復6　その他(　　　　　 　)7　一般診療　医・歯・薬 | 添付すべき証拠書類領収書・意見書・看護証明書領収書・診断書領収書(明細書)・同意書(診断書)領収書(明細書)・同意書(診断書)領収書(明細書)領収書・診断書等領収書・明細書(レセプト) | 療養に要した費用 | 円 |
| 一　　部負 担 金 | 円 |
| 審　　査決 定 額 | 円 |
| 一般診療を受けた理由 |  |
| 受診した医療機関等 | 住　所名　称氏　名 | 審査済印 | 受付印 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | □銀行　□農協□( 　　　　 　 ) |  | □支店　□支所□(　　　　　　 ) |
| 口座種別 | □普通　□当座　□(　　　　) | フリガナ |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |
| 上記のとおり申請します。 |  | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 世 帯 主 | 住　　所 | 喜多郡内子町　　　　　　　　　　番地 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | (申請者) | 氏　　名 |  | ㊞ |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 愛媛県内子町長　宛て |  | 連 絡 先 |  |  |
|  |  |  |  |  |

上記の申請に対して、次のとおり決定してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※支給決定伺 | １　承認する。 | 決定年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 国保税滞納 | 有 ・ 無 |
| ２　承認しない。 | (理由)  |
| 町　長 | 副町長 | 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 起　票 | 支給決定額 | 受　付 |
|  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 円　 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 委　　任　　状平成　　　年　　　月　　　日内子町長　宛私が内子町より支払を受ける、表記申請に係る受領の権限を委任します。 |  |
|  | 委　任　者（申　請　者） | 受　任　者（口座名義人） |  |
|  | 住所 | 住所 |  |
|  | 氏名㊞   | 氏名 |  |
|  |  |  |  |

記入上の注意

・暦月ごとに作成してください。

・添付すべき証拠書類を、この申請書に添付してください。

・代理人が受領する場合は、委任状の欄も記載してください。

・※支給決定伺欄以下は記入しないでください。