|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 | 総務課長 | 副町長 | 町長 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | 氷川 | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | | | | ・　・ | | | | | | | | | | 世帯主  との  続柄 | | | |  | | |
| 病名 | 別添のとおり | | | | | | 個人番号 | | | |  |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 療養期間 | | | | 年　　　月　　　日から  　　年　　　月　　　日まで  　　　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷  年月日 | 年 　月 　日 | | | | 入院  ・  外来 | |
| 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・薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為該当の有無 | | | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | ・医療給付外のため  ・その他 | | | 発病の原 　因 | | |  | | | | | 療養に要した費用 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の  経　 過 | | |  | | | | | （　　　　　　　　円）  ×  （　　　　　　　　割）  **||**  　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | |
| 療　 養  内 　容 | | |  | | | | |
| 払込先口座 | | 銀行　　　　　支店 | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 八代地域農協　　　　　支所 | | | | | | | | 普通・貯蓄  当座・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 口座名義人  （カタカナで記入） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、療養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。    　　　　　　　　 年 　　月　　 日    氷川町　　　　　　　　　　　　番地  世帯主　　住　所    　　　　　　　　　　氏　名  個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　　－　　　　　－　　　　　　）  氷川町長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分　／一般　・　退職　・　前期高齢 | | | | | | | | 滞納　／　あり・なし | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

**国民健康保険療養費支給申請書・請求書**