|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**