

療 養 費 支 給 審 査 決 定 書

(令和 年度 国保特別会計)

| | | | | |
|-------|-------------|--------------|--------|-------|
| 支給決定 | 療養に要した費用の実費 | 審 査 決 定 額 | | |
| | | 療養に要した費用 | 被保険者負担 | 公費負担 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 保険者負担（支給決定額） | | 円 |
| 不支給決定 | 理由 | | 支出命令 | 年 月 日 |
| | | | 起案 | 照合 承認 |

療 養 費 支 給 申 請 書

| | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|
| 被保険者証の記号 | 長沼 | 被保険者証の番号 | | |
| 療養を受けた被保険者 | 住所 | 長沼町 | | 世帯主との続柄 |
| | 氏名 | S・H・R 年 月 日 | | |
| 療養費を受けた被保険者個人番号 | | | | |
| 疾 病 名 | 別紙のとおり | 療養機関 | 至 令 和 年 月 日 | |
| | | | 至 令 和 年 月 日 | |
| 発病負傷年月日 | 令和 年 月 日 | | 診療を受けた日数 日 | |
| 診療、薬剤の支給、又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称、所在地 | 所在地 | | | |
| | 名称 | 別紙のとおり | | |
| | 氏名 | | | |
| 発病の原因 | 療養の内容 | 1. 補装具 2. 一般診療 3. その他 | 傷病の経過 | 治癒 死亡 転医 中止 繰越 軽快 |
| 困難である理由、緊急である理由、承認済であるときはその旨 | 1. 法54条の1 2. 法54条の2 3. 承認済 | | 療養に要した費用 | |
| | | | 円 | |
| 上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険療養費支給を申請します。 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| | | 住 所 | 長沼町 | |
| | | 申請者 | 氏 名 | (印) |
| 長沼町長 齋藤良彦様 | | 電話番号 | | |

※支払方法 ・北海道銀行 ・空知信用金庫 ・JAながぬま ・北洋銀行 ・ゆうちょ銀行 ・その他 (

長沼支店 ・ 支店 (支所)

口座名義 (カタカナ)

口座番号

一般 (歳) 高齢2割 (歳) 高齢3割 (歳)