

第5号様式（第17条関係）

| 国民健康保険療養費支給申請書  |                                      |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|---|--------------------------------------|---------------|----------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ  | 被保険者証<br>記号番号                        | 秩             | 療養を受<br>けた被保<br>険者氏名 | (      年    月    日生) |                    |                       | 続 | 柄 |
|   | 個人番号                                 |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|   | 傷    病    名                          |               |                      |                      | 発病又は負<br>傷の年月日     | 年    月    日           |   |   |
|   | 発 病 又 は<br>負 傷 の 原 因                 |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|   | 第三者行為によって<br>負傷したものか否か               | 有 ・ 無         | 有のときはその第<br>三者の住所・氏名 |                      |                    |                       |   |   |
|   | 傷 病 の 経 過                            |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|   | 診療又は手当を受けた<br>医師、歯科医師その他<br>の者の住所・氏名 |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|   | 診 療 又 は<br>手 当 の 内 容                 |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
|   | 診 療 又 は<br>手 当 の 期 間                 | 年    月    日から |                      | 日間                   | 療養に要<br>した費用<br>の額 | 金                  円也 |   |   |
|   |                                      | 年    月    日まで |                      |                      |                    |                       |   |   |
| 療養の給付を受けるこ<br>とができなかった理由  |                                      |               |                      |                      |                    |                       |   |   |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名                                  印</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p>秩父別町長 様</p> |                                      |               |                      |                      |                    |                       |   |   |

- (注) 1 印ははっきり押し、印もれのないようにして下さい。訂正したときは、訂正印を押して下さい。
- 2 血液代に関する支給申請のときは、輸血を必要と認めた医師の証明書を添付して下さい。
- 3 コルセット、ギプス、義肢等に関する支給申請のときは装着を必要と認めた医師の証明書を添付して下さい。