第５号様式（第17条関係）

<table>
<tr><td colspan="9">国民健康保険療養費支給申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="10">被保険者が記入するところ</td><td>被保険者記号番号</td><td>秩</td><td rowspan="2">療養を受けた被保険者氏名</td><td rowspan="2">（　　年　　月　　日生）</td><td rowspan="2">続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷の年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>発病又は負傷の原因</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>第三者行為によって負傷したものか否か</td><td>有・無</td><td colspan="2">有のときはその第三者の住所・氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>傷病の経過</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>診療又は手当を受けた医師、歯科医師その他の者の住所・氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>診療又は手当の内容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>診療又は手当の期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から
年　　月　　日まで　　日間</td><td>療養に要した費用の額</td><td colspan="2">金　　円也</td></tr>
<tr><td>療養の給付を受けることができなかった理由</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　住　所

氏　名　　㊞

個人番号

秩父別町長　様

（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。