

様式 9 号

支 給	① 審査決定額	円
	療養の給付に要する費用	円
	③ 一部負担金 ①-②	円
	他法負担金	円
	② 支給決定額 (うち食事療養費等分) (①× %)	円
不支給事由		

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者 記号・番号	2ヒ		国保整 理番号	資 格 区 分	一般
療養を受け た被保険者	氏名				
	生年 月日	年 月 日 ( 歳)	世帯主と の続柄		
傷 病 名		療 養 機 関	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	発病の 原 因			
傷病の経過	第三者行為によるものですか		はい・いいえ		
	業務によるものですか		はい・いいえ		
療養の内容	入院・入院外		療養に要した費用 (うち食事療養費 又は生活療養費分)	円	
	医科・歯科・調剤・輸血 食事の提供・その他			(うち 円)	
診療・薬剤の支給、手当又は食事の提供を受 けた病院・診療所・薬局等の名称、所在地					
診療等に従事した医師・歯科医師又は薬剤師 の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由 (治療材料を除く。)					
備 考					
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。					
令和 年 月 日 日					
日立市長 殿					
申請者(世帯主) 住所.....					
氏名.....					
個人番号.....					
電話番号..... (.....)					
振 込 先 (世帯主名義)	金融機関名		支店名	預金 種類	普通・当座
	口座 番号			口座名義人 (カタカナ)	
委 任 欄	上記の給付金受領に関する一切の権限を代理人に委任します。				
	年 月 日				
	委 任 者	住所	代 理 人	住所	
	氏名		氏名		

※世帯主以外の口座に振込みを希望する場合のみ、委任欄に記入してください。  
 \* 「第三者行為によるものですか」 はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
 \* 「業務によるものですか」 はいの場合、勤務先の労災保険に申請してください。