



様式第9

※この欄には記入しないでください。

伺	起案年月日		年 月 日			
	下記のとおり支給してよろしいか伺います。					
決定	課長	主幹	係長	副主任	決定年月日	起案者
					年 月 日	⑩

整理番号		決 済 処 理	1 支給する	支給金額	円	国保審査 委員印	
資格確認	取得			・	・		支給期間
	喪失		・	・	年 月 日まで		
	証交付	・	・	2 支給しない		(支給しない理由)	
摘要						年 月 日	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	伊	療養を受けた 被保険者氏名	年 月 日生		男・女
傷病名			年 月 日から		日間
発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日まで		日間
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付 を受けること ができなかつた理由	発病の原因				
	傷病の経過				
	療養内容				
	療養に要した 費用		円		
審査 決定	日数	日	支給額	円	
	点数	点	一部負担金	円	
	費用額	円			
備考					

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。

平成 年 月 日

世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字 番地

氏名 ⑩

伊根町長 様

受領方法	振込送金先金融機関	預金種別
現金 口座振替 振込	※ 京都農業協同組合 京都銀行 京都北都信用金庫 京都府信用漁業協同組合連合会 店	※ 当座・普通 No.

領 収 書

甲	乙
---	---

患者氏名		男・女	年	月	日生	一般		
傷病名	(1) (2) (3)	診 療 開始日	(1) 年 (2) 年 (3) 年	月	日	世結精		
初診及び再診	時間内・時間外・休日・深夜 回	一般	世結精	※審査	本月診療日数	転 帰		
		点	点	点		治 ゆ	死 亡	繰 越
指導	回							
往診	普通・難路 回 夜間・暴風雨雪 回 同一家屋 回							
投薬	内服 { 薬 剤 頓服 { 調・処 単位 外用 { 回							
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回							
処置	処置名 回 回 回							
手術	手術名 回 回 回							
検査	検査名 回 回 回							
その他								
入院	自 日 日間 (無) 至 日				結核予防法による公費負担額	点		
計 _____ 点		※決定 _____ 点						
						円	円	

上記のとおり領収しました。

医療機関名

又は医師氏名 (印)