様式第1号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |  | 処理 | 受付年月日 | 受付番号 | 資格確認 | 支給台帳記入 |  | 血液 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 装具 |  |
|  |  | 施術 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給不支給決定 | この申請は、右のとおり支給決定し、支給するものとする | 決定金額円 | この申請書は別紙の理由により不支給とし申請人(世帯主)あて通知するものとする |  | 診療 |  |
|  | 看護 |  |
| 支給金額円 |  |
|  | 移送 |  |
| (※上のらんには記入しないでください) |
| 国民健康保険療養費支給申請書 |
| 被保険者証 | 記号 | 国国 | 療養を受けた被保険者の氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 番号 |  | 年　月　日生 |
| 傷病名 |  | 療養の期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで(　　日間) |
| 発病・負傷年月日 | 年　　月　　日 |
| 診療又は手当を受けた病院・診療所その他名称及び所在地 | 名称 | 所在地 |
|  |  |
| 診療(施術)に従事した者の氏名 |  | 傷病の原因 |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  | 傷病の経過 |  |
| 療養(施術)に要した費用 |  | 療養(施術)の内容 |  |
| 上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添えて申請します。年　　月　　日　　国頭村長　　　　様住所　国頭村字　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　㊞　　(下記口座へ振り込んでください) |
| 振込先 | 　　　　　　銀行　　　　　支店　　　　　　農協　　　　　支所 | 備考 |
| 口座番号 | 普通当座 |  |  |
| フリガナ |  |
| 名義人 |  |

注　1　傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届を出してください。

2　数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえで、その部分に認め印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入してください。