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。