様式第15号(第24条，第29条関係)

不支給	支給					
(事由)	審査決定点数	療養の給付に要する費用	他法負担分	一部負担金	支給決定額	決定番号
	点	円	円	円	円	号

国民健康保険療養費支給申請書

医療機関別の月単位で作成してください。

療養を受けた被保険者	記　号		番号	(枝番)	給付割合	8割 ・ 7割
	氏　名					
	生年月日	年　月　日			医療福祉費該当の有無	有 ・ 無
資格区分	1 一般(本人)　2 一般(家族)　3 一般(義務教育就学前)　4 一般(高齢受給者) □					
	5 退職(本人)　6 退職(被扶養者)　7 退職(義務教育就学前)　8 退職(高齢受給者)					
傷病名				発病の原因		
発病・負傷年月日	年　月　日			傷病の経過		
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間			療養の内容	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ その他 入院 ・ 入院外 ・ 輸血 ・ 食事の提供	
第三者行為該当の有無	有・無	その事実の届出の有無	有・無	第三者の住所氏名(不明のときはその旨)		
療養等に要した費用	一般診療分	円		決定金額	一般診療分	円
	食事療養費	円			食事療養費	円
当該病院，診療所，薬局その他の者の名称及び所在地	名称			所在地		
医師，歯科医師，薬剤師等の氏名						
療養の給付を受けることができなかった理由						

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。

年　月　日

申請者(世帯主)住　所

氏　名

(申請先) 土浦市長

個人番号

電話番号