

様式第2号 (第15条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あはき <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 生血	
記号番号	宮国	療養を受けた 被保険者氏名	
傷病名		生年月日	年 月 日 (歳)
		個人番号	続柄
診療年月	年 月 日	公金受取口座を【 <input type="checkbox"/> 利用します <input type="checkbox"/> 利用しません】	
		療養期間	年 月 日
第三者行為	有 ・ 無	(入院・外来)	年 月 日
診療、調剤の支給または手 当を受けた病院・診療所・ 薬局	名称		
	所在地		
療養の給付を受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 14日以内に手続きをしなければならないことを知らなかった。 <input type="checkbox"/> 健康保険の扶養が遡って喪失となった(婚姻・収入超過・失保受給・扶養関係の認定不可) <input type="checkbox"/> 社保喪失証明書の発行遅れ <input type="checkbox"/> 出生届の遅れ <input type="checkbox"/> 旅行中すぐに手当を受けなければならない急病を発症した。 <input type="checkbox"/> ケガをしたが、近くに保険医療機関がなかったため、保険医療機関等ではない病院等で自費で受診した。 <input type="checkbox"/> 装具購入 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 住所 宮古島市 _____ 氏名 _____ 世帯主 個人番号 _____ 電話番号 _____			
宮古島市長 様			

職員記入欄

審査額	円	支給額	円
審査年月	年 月 日	支給決定日	年 月 日
給付割合	一般・高8・高7・幼8	上記のとおり支給・不支給決定します。	
適用開始日	年 月 日	課長	補佐
滞納	有 ・ 無	係長	係
個人番号職員記入	忘れ ・ 拒否 ・ 持っていない		

様式第2号 (第15条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あはき <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 生血	
記号番号	宮国	療養を受けた被保険者氏名	
傷病名		生年月日	年 月 日 (歳)
		個人番号	続柄
診療年月	年 月 日	公金受取口座を【 <input type="checkbox"/> 利用します <input type="checkbox"/> 利用しません】	
		療養期間	年 月 日
第三者行為	有 ・ 無	(入院・外来)	年 月 日
診療、調剤の支給または手当を受けた病院・診療所・薬局	名称		
	所在地		
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 14日以内に手続きをしなければならないことを知らなかった。 <input type="checkbox"/> 健康保険の扶養が遡って喪失となった(婚姻・収入超過・失保受給・扶養関係の認定不可) <input type="checkbox"/> 社保喪失証明書の発行遅れ <input type="checkbox"/> 出生届の遅れ <input type="checkbox"/> 旅行中すぐに手当を受けなければならない急病を発症した。 <input type="checkbox"/> ケガをしたが、近くに保険医療機関がなかったため、保険医療機関等ではない病院等で自費で受診した。 <input type="checkbox"/> 装具購入 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 住所 宮古島市 _____ 氏名 _____ 世帯主 個人番号 _____ 電話番号 — — _____ 宮古島市長 様			

職員記入欄

審査額	円	支給額	円		
審査年月	年 月 日	支給決定日	年 月 日		
給付割合	一般・高8・高7・幼8		上記のとおり支給・不支給決定します。		
適用開始日	年 月 日	課長	補佐	係長	係
滞納	有 ・ 無				
個人番号職員記入	忘れ ・ 拒否 ・ 持っていない				