様式第18号（第32条，第37条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | 記号 | | | | | 太田 | | | | | | | | | | | 番号 | | | |  | | | |
| 被保険者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 個人番号 |  |  |  | | | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  | | 性別 | | 男・女 | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | | | | 療養期間 | | | | | | | 年　月　日から  　　年　月　日まで | | | | 日 |
| 発病又は負傷年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | 発病又は負傷  の原因 | | | | | | |  | | | | |
| 傷病の経過 | | 治療中・完治 | | | | | | | | | | | | 法64条法65条  該当の有無 | | | | | | | 有　・　無 | | | | |
| 療養内容 | | 入院 | | | 輸血 | | | | | その他 | | | | 療養に要した  費用 | | | | | | | 円 | | | | |
| 入院外 | | | 食事 | | | | |  | | | |
| 診療・薬剤の支給  又は手当を受けた  病院・診療所・薬局等 | | | | | | 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | 電話 | |  | | |
| 所在地 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は薬剤に従事  した医師・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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  世帯主　　住　　所  氏　　名  個人番号  電　　話    　常陸太田市長　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |