様式第19号（第15条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

<table>
<tr><td>療養に要した費用額</td><td>円</td><td>審査決定費用額</td><td>円</td><td>支給決定金額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>被保険者記号番号</td><td colspan="3"></td><td>療養を受けた被保険者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">療養期間</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>発病・負傷年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">療養の給付を受けることができなかった理由</td><td rowspan="3"></td><td>傷病(発病)の原因</td><td>□第三者行為による
□その他（　　）</td><td colspan="2">療養に要した費用額</td></tr>
<tr><td>傷病(発病)の経過</td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>療養内容</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>振込金融機関（世帯主名義）</td><td colspan="3">銀行　信金
農協　信組</td><td>支店名</td><td>本店
支店</td></tr>
<tr><td>種別</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>普・当・その他</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">口座名義人</td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

加美町長　殿

（世帯主）住　所

氏　名

個人番号

（電話　　）