

第10号様式（ア）（第10条関係）

(注)

6 5 4 3 2 1

所要事項は、漏れなく記入してください。

「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除くほか、資格確認書等で治療等を受けることができなかった理由は詳しく具体的に記入してください。

一般、歯科、生血、補装具のうち、該当するものを○印で囲ってください。

発病又は負傷の原因を詳しく具体的に記入してください。

第三者行為にかかる傷病の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。

記載事項を訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

国民健康保険療養費支給申請書										（一般・歯科 生血・補装具）		世帯主
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号		記号 0 1 - 第 号		療養を受けた 被保険者氏名		年 月 日生 氏名				その他	
	傷 病 名				個 人 番 号						結 精	
	発 病 負 傷 年 月 日		年 月 日		療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日 間					
	診療薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地											
	診療調剤又は手当に従事した 医師、歯科医師、薬剤師 その他の者の氏名											
	{ 資格確認書等で治療 等が受けられなかつ た具体的な理由 }											
発 病 又 は 負傷の原因					療養に要した費用							
					拾万	万	千	百	十	円		
備考												
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												
世帯主 住 所 千代田区												
氏 名												
個人番号												
電話番号												
千代田区長 殿												