

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

下記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所

氏名 個人番号

〇〇市長
〇〇 〇〇 殿

被保険者 記号・番号			世帯主名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏 名		個人番号		申請者との 続 柄		
	住 所						
	診療期間	自 至		受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人 ・ 被扶養		
	発病負傷日				診療 日数	日	
	傷病名						
	受診した 医療機関	名称	()		診療科		
		所在地					
	受診状態	入院・外来		受給証	高齢者 3 割・ 高齢者 2 割・ 未就学児		
	費用額	円		うち薬剤 一部負担	円	併用公費又は 福祉の名称	
審査 認定額	円		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無		
療養の給付を 受けることが できなかった 理由							
1:現金	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人			
	金融機関						
2:振込	支店			口座番号			
	口座種別	普通・当座・その他 ()					
点 数			総医療費	支給額			
負担率			一部負担額				