

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所 _____

氏名 _____ (印) 個人番号 _____

枝幸町長 殿

被保険者証 記号番号				世帯主名	(印)			
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	()			診療科			
	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								
振 込 先	金融機関	銀行		(フリガナ) 口座名義人				
		支店						
	口座種別	普通・当座・その他 ()		口座番号				
点 数	総医療費				薬剤一部負担金			
負担率	一部負担額				支 給 額			