

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 _____ ④ 個人番号 _____
 (世帯主)

後志広域連合長 様

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 年 月 日		至 年 月 日			
	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			(フリガナ) 口座名義人			
	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				