

決 定 額							
一部負担額							
支 給 額							
公 費 負 担	福	障					

※担当者

一般 ・ 歯科 ・ 薬剤 ・ 補装具 ・ 柔整
あんま ・ マッサージ ・ はり ・ きゅう
看護 ・ 移送 ・ その他 ・ 生血

国民健康保険療養費支給申請書

申請者名	住 所																	
	氏 名																	
	連 絡 先																	
記 号 番 号	奈 3 1 —	療養を受けた 被保険者氏名																
			性 別	男 ・ 女														
発 病 負 傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日	生 年 月 日	S・H・R	年	月	日												
療 養 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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																		
		病院・医院・診療所																
診療費の支給申請理由 <資格確認書等で治療等が受け られなかった具体的な理由>												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						
発 病 又 は 負 傷 の 原 因												療 養 に 要 し た 費 用						
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。																		円
振 込 先	フリガナ																	
	口座名義																	
	金融機関	銀行コード						支店コード										
								銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	支 店									
		口座番号							種 別	普通・当座								
上牧町長																		