

一般	退職

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31 —	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 <被保険者証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											

※郵送の場合は、本人確認書類のコピーも必要となります