

## 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

世帯主住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(電話 - - )

夕張市長 様

被保険者証記号・番号	夕一	世帯主名				
診療を受けた人	(フリガナ)		個人番号	申請者との続柄		
	氏名					
	住所					
	診療機関	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	
	審査査定額	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)	
		支店	口座名義人
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他( )	口座番号

点数			薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額	支給額	