

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 記号・番号	ター		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 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					