

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
 預金口座名義人に振り込むことを承認します。
 上記金額を支給されるよう申請します。

年 月 日

三重県度会郡度会町長 中村 忠彦 様

世帯主 (申請者) 住所 _____

氏名 _____ 印 個人番号 _____

電話番号 (_____) _____

被保険者証 記号番号		世帯主名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名				申請者との 続柄	
	受診者 個人番号					
	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	
	第三者行為の有無		有・無			
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		
備考欄					受付印	