

# 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

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

北海道留萌市長

殿

被保険者 記号・番号			世帯主名			
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号		申請者との 続柄	
	住所					
	診療期間	自至				
	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 認定額	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	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。				
	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		