

# 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 \_\_\_\_\_ (印) 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

竹田市長様

被保険者証 記号番号			世帯主名	(印)		
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		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 認定額	円	交通事故の第三者行為		有・無	
療養の給付 を受けること ができなかつ た理由						
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		