

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 _____

電話番号 _____

竹田市長様

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				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				
	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					