

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 _____

(あて先) 松江市長

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			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			(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						