

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						
	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	1	2	3		
点 数			総医療費			薬剤一部負担金		
負担率			一部負担額			支給額		