

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		