

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。

年 月 日

世帯主 住所

氏名 電話番号

受領については に委任します。

岩見沢市長 様

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	世帯主との 続 柄	
	住 所					
	診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	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			
				受付	確認	
支給決定金額のうち 円を国民健康保険料に充当することを了承します。						