

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 _____

福岡県田川郡大任町長

永原 譲二 殿

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			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				