

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 江差町長 殿

被保険者証 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	