

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 _____

荻田町長 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 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						
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
振込先	金融機関	銀行 支店	(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			