

# 国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。  
預金口座名義人に振り込むことを承認します。

上記金額を支給されるよう申請します。

年 月 日

三重県度会郡大紀町長 様

世帯主(申請者)住所

氏名

(印) 個人番号

電話番号 ( )

被保険者証 記号番号		世帯主名	(印)			
診療を          受けた人	(フリガナ) 氏名				申請者との 続柄	
	受診者 個人番号					
	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	年 月 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
第三者行為の有無		有・無				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協	(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		指定公費負担分			
負担率	一部負担額		支給額			