

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 宛

世帯主(申請者) 住所

氏名 個人番号

電話番号 ()

資格確認書 記号番号			世帯主名						
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					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			(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			
備考欄							受 付 印		