|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  電話番号 （ ） －  つがる市　御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号番号 |  | | | | | | 世帯主名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 療 養 を  受けた人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏 名 |  | | | | | 個人番号 | |  | | | | | | 申請者との続 柄 | | | | |  | |
|  | | | | |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の  原因等 |  | | | | | | | | 受診資格 | | | （退職被保険者） 一般・ 本人 ・ 被扶養 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 診療  日数 | | | 日 | | | | | |
| 傷病名 | 別紙のとおり | | | | | | | | 第三者行為 | | | □ 有　　□ 無 | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | 円 | | | | 併用公費又は福祉の名称 | | | | | |  | | | |
| 振込先 | 金融機関 |  | | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） 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 |  | | 一部負担相当額 | |  | | | | | | 支給額 | | | | | | |  | | | |