|  |
| --- |
| 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 |  |