

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

福岡県太宰府市長
高原 清 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					
	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	うち一部 負担金額	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	☐ 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）。 ☐ 振込口座を指定する。						
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			
支払済額			負担額			支給額	