国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号										未	一	退	高齢 7 8 9										
療養を受けた被保険者の氏名																							
個人番号																							
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日生																						

診療年月	年　月	療養期間	年　月　日から　年　月　日		
種類	一般診療・海外診療・補装具・（　　）				
傷病名		傷病年月日	年　月　日		
原因		第三者行為の有無	有・無		
入外区分	入院・外来	療養に要した費用	円		
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名					
療養の給付を受けることができなかった理由					
備考					

※ 支給決定額	審査決定額 （　　円）× （　）/10	金額				千			円

振込先金融機関	銀行・金庫 信用組合・協同組合 （　　）																						
	金融機関コード									本店・支店 出張所・営業部													
										店舗コード													
預金種目	普通・当座									・口座番号は７桁です。７桁未満の場合は先頭を０で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は１字空けてください。													
口座番号																							
口座名義人（カタカナ）																							

上市町長　宛て

療養に要した費用に関する証明書・領収書を添えて申請します。
なお、支給決定額は上記の口座へ振り込みください。

令和　　年　　月　　日

住　所　　上市町

（世帯主）氏　名

電　話　　（　　）

受付日付印