

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（世帯主） _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____ 福岡県大野城市長

被保険者証 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		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		
	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	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
振込先	金融機関	銀行 支店	(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		