

国民健康保険療養費支給申請書

一般・退本・退扶

(※ 年 月分)

被保険者証の記号・番号	療養を受けた被保険者の氏名等	年 月 日生			
	個人番号				
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日		
傷病の原因・傷病の経過及び療養内容	(第三者行為 有・無)	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称等	名称及び所在地	医師又は薬剤師の氏名			
療養に要した費用	円	一部負担金の割合	1 2割	2 3割	
療養の給付を受けることのできなかつた理由			※ 1 法第54条第1項該当 2 法第54条第2項該当		
備 考					
※ 支 給 決 定 額	審査決定額 () 円 × $\frac{()}{10}$	金 額	千	円	
療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日		振 込 金 融 機 関			
住 所 魚津市		銀行 信金協		店	
(世帯主) 氏 名 (印)		1 普通 2 当座		口座 No.	
個人番号 (電話 —)		口 座 名 義			
魚津市長 あて					

注 ※印欄は記入しないでください。