

## 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 ) × $\frac{( )}{10}$		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">金 額</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> </table>			金 額										千					円
金 額										千					円						
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 魚津市</p> <p>(世帯主) 氏 名</p> <p>個人番号 (電話 ー )</p> <p>魚津市長 あて</p>																					
			振 込 金 融 機 関																		
			銀行 信金協	店																	
			1 普通	口座 No.																	
			2 当座																		
			口 座 名 義																		

注 ※印欄は記入しないでください。