

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 証 号 及 び 所 在 地	支 部 番 号	枝 番	受 給 者 番 号								
保 險 者 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称	大雪地区広域連合		所 在 地	上川郡東川町東町1丁目16番1号						
対 象 者 氏 名	氏 名		生 年 月 日								
個 人 番 号			療養を受けた保健医療機関名								
療 養 期 間				から					まで	日間	
療 養 の 内 容											
療養の給付を受けることができなかった理由											
										第三者行為の有無	有・無

受 取 方 法	1、口座振込 2、窓口現金										
				種 目	口 座 番 号						
	ゆうちょ銀行			店 番	種 目	口 座 番 号					
口 座 名 義 人		(フリガナ)									

大雪地区広域連合長 宛

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

[申請者]

住 所

氏 名

連絡先(電話番号)

処 理 欄	療養に要した費用額	支 給 額			支 給 決 定 額
	(A) <input type="text"/> 円	(A) × <input type="text"/>	=	円	
	(A) × <input type="text"/>	=	(本人負担額)		
	(A) - <input type="text"/>	=	円 (本人負担額)		