

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号		療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主 との 続柄	
個人番号		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
傷病名	別紙のとおり				
発病・負傷 年 月 日	年 月 日				
診療・薬剤の支給または手当てを受けた病院・ 診療所・薬局その他のものの名称および所在地		別紙のとおり			
診療または調剤に従事した医師 歯科医師または薬剤師の氏名		別紙のとおり			
第三者の行為によるものですか		☐ はい ☐ いいえ			
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由					
振込希望 金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	口座番号	普通 当座	
			口座名義人	カナ	

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所 多久市 多久町
世帯主氏名
電 話 番 号

多 久 市 長 様
(保険者支給計算欄)

被保険者の資格区分	一部負担金割合	受付印	
一般 就学前 ・ 前期高齢者 退職(本人 ・ 扶養)	3割 ・ 2割 ・ 1割		
支 給 決 定 欄			
療養に要した費用額	審査認定額(A)	一部負担金控除額(B)	支給決定額(A)－(B)
円	円	円	円