

第5号の6様式

国民健康保険療養費支給申請書																										
記号番号						世帯主名																				
診療を受けた人	(フリガナ)						申請者との 続柄																			
	氏名																									
	個人番号																									
	住所																									
	診療機関	自 年 月 日					一般・高齢者3割 高齢者2割																			
	発病負傷日	至 年 月 日					診療 日数							日												
	傷病名																									
	受診した 医療機関名 住所																									
	受診状態	入院・外来		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																										
振込先	金融機関						(フリガナ) 口座名義人																			
	口座種別	普通・当座				口座番号																				
上記の通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														
申請者住所 _____																										
氏名 _____												個人番号														
												<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
電話番号 _____												寿都町長 様														

下記の欄に記入しないでください。

決定欄	次のとおり療養費支給額を決定する。		副町長	課長	係長	係
	決定年月日	支給決定額				
	. .	円				

点数		総医療費		支給額
負担率		一部負担金		