

支給決定	支給決定金額					支給日				

国民健康保険療養費支給申請書

一般 ・ 退本 ・ 退扶			就学前児			前期高齢者 (1割 ・ 2割 ・ 3割)								
被保険者証の記号番号	十日町一	0 0				個人番号								
療養を受けた被保険者氏名						生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (才)							
傷病名	(別紙のとおり)					療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
発病・負傷年月日	(別紙のとおり)						日間							
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地						(別紙のとおり)								
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名						(別紙のとおり)								
療養の給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 装具 ○で囲む ・ 特別療養費 ・ 社保資格喪失後の受診 → 国保加入日 (. .) ・ 10割診療 → 理由 () ・ その他 () → 理由 () 					発病の原因	傷病の経過	療養内容	(別紙のとおり)			療養に要した費用 (※ 必ず記入すること)		
	¥ _____ 円													
金融機関 口座番号	振込先	<ul style="list-style-type: none"> ・ _____ 銀行 _____ 支店 ・ 新潟県信用組合 _____ 支店 ・ 新潟県労働金庫 _____ 支店 ・ 十日町農協 _____ 支店 						備考						
		口座番号												
	名義人 (かかけ記入)					口座種目	・ 普通	※ 受付者						

十日町市長 様						※ 受付印								
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 十日町市</p>														
世帯主氏名						個人番号								
TEL	()													

※ 口座名義人が世帯主と異なる場合はご記入ください

なお、上記金額の受領方は _____ (続柄 _____) (口座名義人) に委託します。

※ 受任者住所 (世帯主と同世帯の方は記入不要)

〒 _____ 十日町市 TEL _____