

国民健康保険療養費支給申請書

		一般・退職	高齢者・乳児
支給決定金額	円	療養の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
		療養機関等の名称	
		療養に要した費用額	円
被保険者記号・番号	療養を受けた者の氏名		
	個人番号		
振込先 ※どちらかに☑ をしてください。	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。（口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 下記振込口座を指定します。		
	金融機関名	銀行 店 信用金庫 農協 所	
	口座番号	普通 当座	
	口座名義人	(フリガナ)	
上記のとおり申請します。		療養の給付を受け ることができな かった理由	1 補装具を制作した 2 被保険者証の未提示 3 その他（ ）
令和 年 月 日	審査決定 費用額	給付率 費用額	支給決定 金額
東郷町長 殿	円	7/10 8/10 9/10	円

申請者（世帯主）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

処理欄	資格	未納	第三者行為	受付者
	有・無	有・無	有・無	