

国民健康保険療養費支給申請書

平成 年 月 日

砂川市長 善岡雅文様

住所 砂川市  
申請者  
氏名

印

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

[一般・退本・退扶] [入院・通院]

被保険者証の記号番号	砂川	個人番号				
療養を受けた者の氏名			世帯主との続柄			
療養の期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間					
傷病名			発病負傷年月日	年 月 日		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所						
診療又は調剤に従事した医師又は薬剤師の氏名						
医療の給付を受けることができなかった理由	1. 補装具のため 2. 診療費 3. 柔道整復 4. 老健施設 5. その他 ( )					
発病の原因		傷病の経過	療養の内容			
療養に要した費用			円			
振込先	銀行	支店	No.	名義		
審査決定点数	備考					
単価						
費用額(10割)						
一部負担金						
公費負担					点数	
					金額	
支給額						
			係	係長	課長補佐	課長