

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	佐国保 第 号	療養を受けた 者の氏名及び 生 年 月 日	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 退 職 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 高齢受給者 (一般・退職)	
発病負傷 年 月 日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	
傷 病 名	<input type="checkbox"/> 別紙証明書のとおり <input type="checkbox"/> ()		療養に要した金額	円	
診療、薬剤の支給又は手当を受け けた病院、診療所、薬局その他 の者の名称及び所在地。医師又 は歯科医師又は薬剤師の氏名。		所在地 名 称			
		氏 名			
療養給付を受け ることができな かった理由	<input type="checkbox"/> 治療用器具申請のため <input type="checkbox"/> その他 ()		発病の原因		
			傷病経過		
			療養内容		
受 領 の 方 法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 大分銀行 <input type="checkbox"/> 大分信用金庫 <input type="checkbox"/> 大分県農協 <input type="checkbox"/> () 銀行 金庫	支 店 名	店 番	口 座 番 号
			支 店 支 所	(フリガナ)	
			預 金 種 類	口 座	
			普通・	名 義 人	
上記のとおり療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 佐伯市 世帯主 氏名 (印)					
佐伯市長様 (Tel -)					

*** 保険税等に未納がある場合は、窓口支給に変更することもあります。ご了承ください。**

※ 市記入欄

交通事故等の第三者行為	有 ・ 無
受 付	受付年月日

支 給 額 算 出 欄	区 分	金 額	療 養 費 支 給 ・ 不 支 給 決 定 理 由
	申 請 金 額		
	調 査 減 額		
	決 定 金 額		
	一部負担金相当額		
	他 法 負 担 額		
	差 引 支 給 額		