

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

以下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。

対 象 者	氏 名	住 所 ※申請者と同様の場合は同上と記載	
	生年月日	被保険者証番号	個人番号

診 療 内 容	医療機関名称	医療機関所在地
	傷病名	入院・外来の別 入 院 ・ 外 来
	発病・負傷日 年 月 日	療養の給付を受けることができなかった理由
	発病の原因	傷病の経過
	療養内容	療養に要した費用

振 込 先	金融機関名	支店名	
	口座番号	(フリガナ)	
		口座名義人	

（斜里町使用欄）

支 給 決 定	支 給 基 準 額	給 付 率	支 給 決 定 額
		7割・8割 コ7・コ8	