

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	斜	看護を 受けた者の 氏名等	氏名				
			個人番号				
			生年月日	昭和 平成	年	月	日生
			世帯主との 続柄		性別	男・女	
傷病名			入院・外来	入院	外来		
			発病または負傷の日	平成	年	月	日
発病または負傷の原因							
			1. 第三者行為（交通事故等）		2. その他（疾病、負傷等）		
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							
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名							
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							
<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 style="text-align: right;">世帯主住所 斜里町（字）</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p>斜里町長 馬場 隆 様 氏 名 (印)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">TEL () _____</p>							
※ 上記の申請に基づく療養費の支給額は下記調書のとおりである。							
調 書	審 査 決 定 額						
	支 給 基 準 額		給付率	支 給 決 定 額			
	円		7割	円			
金融機関名	北洋・道銀・信金・信組・農協・斜里第一漁組・ウトロ漁組 ゆうちょ・その他（ ）				支店		
預金種別	普・当・貯・ 納・他（ ）	口座番号			ふりがな		
					名義		