

一般	退本	退扶

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

支給申請書受理番号:

<b>国民健康保険療養費支給申請書</b> ( 一般・歯科・薬剤・マッサージ 生血・補装具・はり・きゅう )																		
(世帯主)	申請者	住所	長野県下伊那郡高森町															
		氏名	(連絡先)電話 - - ⑨															
申請者の個人番号																		
被保険者の記号・番号	高森								療養を受けた被保険者氏名									
被保険者の個人番号																		
世帯番号	受診者宛名番号			生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日												
傷病名																		
発病負傷年月日	令和	年	月	日	性別	入院・外来												
療養期間(調剤・施術)	令和	年	月	日	から	月	日	まで	日間									
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		病院・医院・診療所																
療養費の支給申請をした理由<被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由>										診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名								
発病又は負傷の原因		療養に要した費用																
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。		令和		年	月	日	下記口座にお振り込み下さい。					百万	十万	万	千	百	十	円
振込先	フリガナ																	
	口座名義人																	
	金融機関	銀行コード						支店コード										
				銀行		信用金庫		信用組合		協同組合		本店 支店 本所 支所						
		(右詰前0)口座番号						口座種別		1・普通 2・当座								
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)																		
上記名義人口座への振込を承諾します。												世帯主氏名 ⑨						