

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号・番号			枝番	受給者番号							
保険者名称及び所在地	名称	大雪地区広域連合		所在地	上川郡東川町東町1丁目16番1号						
対象者氏名	氏名			生年月日							
個人番号				療養を受けた保健医療機関名							
療養期間							から	まで			日間

療養の内容			
療養の給付を受けることができなかつた理由			第三者行為の有無
			有・無

受取方法	1、口座振込 2、窓口現金		種目	口座番号						
ゆうちょ銀行			店番	種目	口座番号					
口座名義人		(フリガナ)								

大雪地区広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日	[申請者]	住所
		氏名
		連絡先(電話番号)

処理欄	療養に要した費用額	支給額	支給決定額
	(A) 円	(A) × = 円	
		(A) × = (本人負担額)	
		(A) - = (本人負担額)	

国民健康保険療養費支給申請書 (記載例)

被保険者証記号・番号	東川 123456	枝番 01	受給者番号								
保険者名称及び所在地	名称	大雪地区広域連合	所在地	上川郡東川町東町1丁目16番1号							
対象者氏名	氏名	広域 太郎	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日							
個人番号	12345678912			療養を受けた保健医療機関名				〇〇病院			
療養期間									から	まで	日間

療養の内容			
療養の給付を受けることができなかつた理由			第三者行為の有無
			有・無

受取方法	1、口座振込 2、窓口現金	
	〇〇銀行 〇〇支店	
	ゆうちょ銀行	
	口座名義人	(フリガナ)
		広域 太郎

大雪地区広域連合長 宛

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

[申請者]

住所 上川郡東川町1丁目16番1号

氏名 広域 太郎

連絡先(電話番号) 0166-82-3697

処理欄	療養に要した費用額	支給額	支給決定額
	(A) 円	(A) × = 円	
	(A) × = (本人負担額)		
	(A) - = (本人負担額)		