国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		一般・退職		受給者番号	
保険者の名称及び所在地	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				療養を受けた保険医療機関名	
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った理由		第三者行為の有無	有・無

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
	イ．長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。		
	ロ．その他（　　）		

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	記号	種目	口座番号
	口座名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）			

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成　　年　　月　　日

［申請者］　住所

氏名　　印

連絡先（電話番号）

大雪地区広域連合長　様

処理欄	イ．（７８０－６５０）円×（　　）日＝（　　）円	支給決定額
	ロ．（６５０－５００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ハ．（７８０－５００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ニ．（７８０－３００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ホ．（３６０－２１０）円×（　　）日＝（　　）円	
	ヘ．（３６０－１６０）円×（　　）日＝（　　）円	
	ト．（３６０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	円
	チ．（２１０－１６０）円×（　　）日＝（　　）円	
	リ．（２１０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ヌ．（１６０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ル．却下（理由：　　）	

療養に要した費用額	支給額	支給年月日
（A）　　円	（A）×　　＝　　円	
	（A）×　　＝　　（本人負担額）	
	（A）－　　＝　　円（本人負担額）	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号	東川　123456	（一般・退職）	受給者番号		
保険者の名称及び所在地	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	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
個人番号	123456789012		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	補装具		
療養の給付を受けることができなかった理由		第三者行為の有無	有・（無）

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	円	
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
	イ．長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。		
	ロ．その他（　　）		

受取方法	1、口座振込　　2、窓口現金								
	〇〇銀行　〇〇支店		種目	口座番号					
			普通	1	2	3	4	5	6	7
	ゆうちょ銀行	記号	種目	口座番号					
	口座名義人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ｺｳｲｷ　ﾀﾛｳ 広域　太郎						

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成２９年　４月　１日

［申請者］

住　所　上川郡東川町東町１丁目１６番１号

氏　名　広域　太郎　（印）

連絡先（電話番号）　0166-82-3697

大雪地区広域連合長　様

処理欄	イ．（７８０－６５０）円×（　）日＝（　）円	支給決定額	
	ロ．（６５０－５００）円×（　）日＝（　）円		
	ハ．（７８０－５００）円×（　）日＝（　）円		
	ニ．（７８０－３００）円×（　）日＝（　）円		
	ホ．（３６０－２１０）円×（　）日＝（　）円		
	ヘ．（３６０－１６０）円×（　）日＝（　）円		
	ト．（３６０－１００）円×（　）日＝（　）円		円
	チ．（２１０－１６０）円×（　）日＝（　）円		
	リ．（２１０－１００）円×（　）日＝（　）円		
	ヌ．（１６０－１００）円×（　）日＝（　）円		
	ル．却下（理由：　　）		

療養に要した費用額	支給額	支給年月日
（A）　円	（A）×　＝　円	
	（A）×　＝　（本人負担額）	
	（A）－　＝　円（本人負担額）	