

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

直方市長 様

次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。

記号番号	
住 所	
世 帯 主	
個人番号	
電話番号	

以下保険者使用欄

受 診 者 名		生 年 月 日			個 人 番 号				種 別		
		年 月 日 生									
給 付 の 種 類	療養期間	令和 年 月 日 から			療 養 に 要 し た 費 用						
		令和 年 月 日 まで 日									
1 一般診療 入・外 2 補装具 入・外 3 特別療養費 4 あんま・マッサージ 5 はり・きゅう 6 看護 7 移送 8 その他	診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院等の名称				請 求 額					0.8	
					給 付 割 合		7割 8割 9割				
	傷 病 名				給付決定額						
					一 部 負 担						
現金	金 融 機 関 名		支 店		口 座 番 号			口座名義人 (カタカナ)			第三者行為の有無

※ 国保税滞納世帯は、国保税に充当する場合があります。

受付		有・無
----	--	-----