

支給決定年月日	課長	係長	係
令和 年 月 日			

国民健康保険療養費支給申請書

国民健康保険療養費支給申請書		区分	一般		退職		前期高齢	一定・一般・I・II		
					本人	扶養				
被保険者証の 記号番号	岩見沢	療養を受けた							世帯主と	
個人番号		被保険者の氏名	年	月	日	の続柄				
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 名称及び所在地										
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名										
傷病名					発病又は負傷 の年月日	平・令 年 月 日				
傷病の原因			第三者 行為	有・無	傷病の経過					
療養期間	平・令 年 月 日から	年 月 日まで	日間		療養内容					
療養の給付を 受けることが 出来なかった					療養に要した 費用	円				
支払方法	現金	口座振込	銀行 金庫 農協		本・支店 カナ (口座名義人)		口座番号			
上記のとおり療養に要した費用に関して別添書類を添えて申請します 令和 年 月 日 世帯主 住所 岩見沢市 氏名 印 TEL -										
岩見沢市長様										

受領については 〃 に委任します。 印

上記申請に基づく療養費の支給額は下記のとおりである。		受付	担当	確認
審査決定調書				
療養に要した費用額	保険者負担額 (割)	一部負担金 (割)		
円	円	円		
療養に要した費用額の算定内訳				
※ 支給決定額				

支給決定金額のうち _____円を国民健康保険料に充当することを了承します。 印