

## 国民健康保険療養費支給申請書

( 一 般 ・ 退 職 )

国民健康保険被保険者証の記号番号						療養を受けた被保険者の氏名		世帯主との続柄				
							個人番号					
傷病名						発病及び負傷年月日	平成	年	月	日		
						療養期間	平成	年	月	日から 平成	年	月
診察, 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	名称: 所在地:											
診察又は調剤に従事した医師, 歯科医師又は薬剤師の氏名												
療養の給付を受けることができなかった理由				発病の原因				療養に要した費用	円			
				傷病の経過								
				療養内容								
申請額	金 円											
摘 要	支給決定の場合の振込先金融機関											
	金融機関名					農協・銀行 信用組合・信用金庫					支所・支店	
	口座種類	普通		口座番号								
	フリガナ											
口座名義(必ず世帯主名)												
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 平成 年 月 日 世帯主住所 広島県神石郡神石高原町 氏名 <span style="float: right;">(印)</span> 神石高原町長様 <span style="margin-left: 100px;">個人番号</span> <input style="width: 100px;" type="text"/>												

支給決定について

支給可否	承認	支給承認額	円	支給(不支給)決定通知への公印の押印承認	
	不承認	不承認理由			
支給決定年月日	平成 年 月 日				

本 庁	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	本庁受付欄
	摘要							
支 所	支所長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	支所受付欄	
	摘要(受付処理の状況)							

# 国民健康保険 請求書

請求金額 金 _____ 円
----------------

但し、国民健康保険給付金として、上記金額を請求します。

内訳  
該当○印

- |          |                  |
|----------|------------------|
| ①出産育児一時金 | ⑤移送費             |
| ②高額療養費   | ⑥食事療養標準負担額減額差額支給 |
| ③療養費     | ⑦国民健康保険税還付金      |
| ④特別療養費   | ⑧その他「 _____ 」    |

請求者住所 (世帯主)  氏名 <span style="float: right;">㊟</span>
---

神石高原町長様

希望振込先 口座番号							
必ず申請者（世帯主）名義の金融機関口座をご記入ください。							
※次の欄に振込口座名をご記入ください。							
金融機関名	支店・支所名	口座番号	口座名義（世帯主名）				
<table border="1"><tr><td>銀行 農協 信組 信金</td></tr></table>	銀行 農協 信組 信金	<table border="1"><tr><td>支所 支店</td></tr></table>	支所 支店	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td>カナ</td></tr></table>	カナ
銀行 農協 信組 信金							
支所 支店							
カナ							