

負担割合	・一般	・未就学8割	一般	起案年月日
	・前期7割	・前期8割	退職	
支給決定額の算出	費用額(A)		支給決定額(A×負担割合)	
	円		円	

国民健康保険 療養費 支給申請書

療養を受けた被保険者氏名		被保険者証記号番号	津
生年月日	年 月 日	傷病名	
個人番号		療養期間	年 月 日から
発病、負傷年月日	年 月 日		年 月 日まで
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称および所在地			
診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名			
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	
		傷病の経過	
		療養内容	
療養に要した費用		円	
第三者行為によるものですか		はい いいえ	
備考			
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。			
(あて先)津幡町長		年 月 日	
(世帯主)			
住所 河北郡津幡町			
氏名		印	
電話			

国民健康保険 療養費 支給請求書

(あて先)津幡町長 請求日 年 月 日

(世帯主)

請求金額 円 住所 河北郡津幡町

氏名 印

ただし 年 月分

(被保険者氏名)	(振込先)
	銀行 本店 普通 口座
	信用金庫 支店 番号
	農協 出張所 当座
	口座名義人(カタカナ)

委任欄	上記請求金額の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。		
	住所	氏名	印
		(世帯主)氏名	印