

様式第2号(第15条関係)

決裁	課長	係長	係員

処理	年齢	資格	滞納	第三者
	歳	一般退職	無有	無有

血液	
装具	
施術	
診療	
看護	
移送	

支給 不支給 決定	この申請は、右のとおり支給額を決定し、支給するものとする。	決定金額 () 円	この申請は、別紙の理由により不支給とし、申請人(世帯主)あて通知するものとする。
		支給金額 () 円	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	糸 国	ふりがな			世帯主との 続柄	
		療養を受けた被 保険者の氏名	年 月 日生			
傷病名			療養の 期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
発病、負傷 年 月 日	年 月 日					
診療又は手当てを 受けた病院、診療所 その他のものの名 称及び所在地	名称		所在地			
診療(施術)に従事 した者の氏名			傷 病 の 原 因			
療養の給付を受け ることが出来な かった理由			傷 病 の 経 過			
療養(施術)に要し た費用	円		療養(施術)の内容			
上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添えて申請します。						
令和 年 月 日						
糸 満 市 長 殿						
(世帯主)						
口座振替先		店番 ()				
銀行 農協		支店				
口座番号		ふりがな				
		口座 名義				
		住所 _____				

		氏名 _____				
		電話 _____				