

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被保険者証 の記号番号	療養を受けた 被保険者氏名 (生年月日)	フリガナ
		個人番号
傷 病 名	別紙添付のとおり	(年 月 日)
発病・負傷年月日	別紙添付のとおり	療養 期間
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		年 月 日 から 年 月 日 から 別紙添付のとおり 日間
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		別紙添付のとおり

療養費 の種類	装具・弾性着衣・小児用眼鏡・特別療養・海外療養費・ 診療費 喪失後受診等・その他：療養を受けることができなかった理由 ()
------------	--

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、請求します。

年 月 日

住所 (〒)

電話 ()

フリガナ

世帯主氏名

印

佐賀市長 様

個人番号

なお、支給決定の際は下記金融機関の口座に振り込んでください。

振 込 先	銀行・金庫・農協 店
	普通預金・当座預金 店番 口座番号
	注：カタカナで記入 口座名義人（世帯主）

決 定				
基 準 算 定	療 養 実 費 額	円	一部負担金 控 除 額	円
	同 上 の 審 査 決 定 額	円	療 養 費 支 給 額	円

一般			退職		保険税滞納	受付
未 就 学	一 般	前期 (65～69 歳)	前期 (70歳以上)		有・無	
		一般	1 割	2 割	3 割	本人 扶養
					全額充当	
					一部充当	