

様式第6（第7条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

下記のとおり申請します。

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

安城市長

被保険者 記号・番号			世帯主名			
診 療 を 受 け た 人	(フリガナ) 氏 名			個人番号		申請者との 続 柄
	住 所					
	診療期間	自 至			受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養
	発病負傷日				診療 日数	日
	傷病名					
	受診した 医療機関				診療科	
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	円	うち薬剤一 部負担金額	円	併用公費又は 福祉の名称	
	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
	療養の給付 を受けるこ とができな かった理由					
振込先	金融機関			(フリガナ) 口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他 ( )		口座番号	┆	┆
点 数		総医療費			薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額			支給額	