

様式第6 (第7条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

下記のとおり申請します。

申請者住所 安城市桜町18番23号

氏名 安城 一郎 個人番号 123456789101

電話番号 0566-76-1111

安城市長

被保険者 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8		世帯主名	安城 一郎					
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名	アンジョウ ハナコ 安城 花子	個人番号	109876543210	申請者との 続柄	妻			
	住所	安城市桜町18番23号							
	診療期間	自 至	受診資格	<input checked="" type="checkbox"/> 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	桜町病院		診療科					
	受診状態	入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	アンジョウキョウ カラシヤ 安城銀行 桜支店	(フリガナ) 口座名義人	アンジョウ イチロウ 安城 一郎					
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座・その他 ( )	口座番号	1	2	3	4	5	6
点数		総医療費		薬剤一部負担金					
負担率		一部負担額		支給額					

記入しないでください