

様式第1号の3(第11条、第33条関係)

国民健康保険療養費支給申請書	一 般	退 本	退 扶	未就 高
下記のとおり療養等に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 住 所 天童市 世帯主氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 電話 ー 天童市長 様				

被保険者証 の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	
被保険者の 個人番号			
傷 病 名		生 年 月 日	年 月 日
発病年月日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診 療所、薬局その他の名称及び所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は 薬剤師の氏名			
療養給付を受けること のできなかつた理由		発病の原因	
		傷病の経過	
療 養 内 容	別紙のとおり	療養に要し た 費 用	円

決 裁	年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	係	審査済印
	次のとおり決定して いかがですか。					
審 査 決 定 額	一 部 負 担 額	支 給 額	審 査 減 額			
口座振替(送金)依頼書 <span style="float: right;">下記指定の預金口座に振り込み願います。</span>						
口 座 名 義 人 ( カ タ カ ナ )	振替先金融機関・支店名			口 座 番 号		