

国民健康保険療養費支給申請書

受付印

下記内訳のとおり申請します。

年 月 日

申請者住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

(あて先) 三鷹市長

被保険者 記号・番号	27 - .	世帯主名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名				申請者との 続柄	
	住所					
	診療期間	自 至	別紙のとおり	受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養	
	発病負傷日	別紙のとおり			診療 日数	別紙のとおり 日
	傷病名	別紙のとおり				
	受診した 医療機関	別紙のとおり ()			診療科	別紙のとおり
	受診状態	入院・外来	給付区分	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	別紙のとおり 円	うち薬剤 一部負担	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	1. 緊急の受診で保険証を持参することができなかったため 2. 医師の指示による治療用補装具作成のため 3. 他保険資格喪失後の受診のため 4. その他 ()					
振込先	金融機関	銀行・農協 信金・信組			普通 当座 貯蓄	
	名義人	フリガナ				
		氏名				
	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		

※納税相談 有 ・ 無