

審査決定点数	点
療養の給付をした場合に要する額	円
一部負担金	円
差引支給額	円

() ()

国民健康保険療養費支給申請書

()

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	記号 山8-	療養を受けた 人の氏名、 生年月日、続柄	年 月 日			
	個人番号		世帯主との続柄				
	傷病名		療養期間	から まで 日間			
	発病負傷 年 月 日						
	診療調剤の支給又は手当てを 受けた病院・診療所・薬局そ 他の者の名称及び所在地		名 称 所在地				
	診療調剤又は手当てに従事し た医師、歯科医師、調剤師 その他の者の氏名						
	療養費の支給申請をした 理 由 (被保険者証で治療等 が受けられなかった 具体的な理由)						
	発病又は 負傷の原因	第三者行為の有無 (有 無)			療養に要した費用		
					円		
	備 考						
支給額は、下記の口座に振り込みください。(口座名義人は原則世帯主です)							
振込先 金融機関	1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合 4. 農協			口座 種別	口座 番号		
口座名義人 カナ氏名	支店・支所						
受 付	上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日						
	住 所 山口県岩国市 世帯主 氏 名 個人番号 電 話 (あて先) 岩国市長						