

様式第6（第7条関係）

本件を承認する						起案
下記のとおり支給してよろしいか。						
療養に要した費用		審査決定費用額		決定金額		
	円		円			円

国民健康保険療養費支給申請書

記号番号		療養を受けた被保険者氏名		(年 月 日生)		
個人番号						
傷病名		療養期間		年 月 日から 日間		
発病、負傷日	年 月 日			年 月 日まで		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地						
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						
療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因			療養に要した費用	円	
	傷病の経過					
	療養内容					
備考						
年 月 日						
上記のとおり領収書等の関係書類を添えて申請いたします。						
(宛先) 高浜市長						
住所 高浜市 町 丁目 番地						
申請者 (世帯主) 個人番号						
氏 名						
電 話 () -						
国民健康保険療養費については、次の口座に振り込んでください。						
振込先	指定金融機関名	店 名	預金の種類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	
	銀行 金庫 組合		・普通 ・当座			