

様式第6号（第18条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	美深 ー		区分	一般・退本・退扶	
療養を受けた 被保険者氏名				世帯主との 続柄	
	個人番号				
傷病名			療養 期間	自 至	年 月 日 年 月 日 日間
発病年月日	年	月	日		
発病の原因			傷病の経過		
療養を受けた病院 診療所、薬局等の 名称、所在地及び 医師又は薬剤師の 氏名	所在地				
	名称				
	氏名				
療養の給付を 受けることが できなかった理由					
療養内容			療養に要した 費用	円	
支払 方法	現金払	払込先金融機関	銀行・農協 信金 支店		
	口座振込	口座番号	普通・当座		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名</p> <p>美深町長様</p>					

支給 決定	支給区分	ア 補装具	イ はり・きゅう等	ウ 一般診療	
	総費用額	療養費支給額	被保険者負担額	他方負担額	
				他方優先	国保優先
	決定根拠				
	決定年月日	年	月	日	公費負担 老・道老・障・母・子・乳