

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号						
療養を受けた被保険者氏名						
生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	個人番号			
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			
			傷病の経過			
			療養内容			
振込機 関名	銀 行 信 金 農 協 ()	本 店 支 店 支 所 出張所	普通・当座	口座番号		
			フリガナ			
			口座名義 (世帯主)			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。また、市が必要に応じて診療情報等を関係機関に照会することを同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 上越市長</p> <p style="text-align: center;">住 所 上越市</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p>						

平成・令和 年 月分

※ 世帯主名義以外の口座には振込むことはできません。(世帯主名義以外の口座へ振込む場合は、委任状の添付が必要となります。)

※ 別紙証拠書類とは、医師の証明書及び製作に要した領収書です。

医科 : コルセット

歯科 : マッサージ

診療報酬審査計算書

区分	件数	日数	点数	費用額	保険者負担金	一部負担金	その他負担金
請求							
審査決定							
差							