

別記様式第21号(第32条関係)

決			課長	課長補佐	係長	係		退職被保険者該当の有無	有・無	0.7 0.8
							支給	審査決定点数		点
裁	年 月 日 右のとおり決定してもよろしいか。							給	療養の給付に要する費用	
							他法負担分			円
							一部負担分			円
							支給決定額			円
						不支給	事由			

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	豊	頃	番号							
療養を受けた被保険者				生年月日	年	月	日	男女	世帯主の続柄		
傷病名				療養期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
発病・負傷年月日	年 月 日			発病の原因							
傷病の経過				法64条法60条該当の有無							
療養の内容	入院 入院外 歯科	輸血 その他 コルセット	療養に要した費用		円						
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、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 (治療材料を除く)											
<p>受領の方法</p> <p>ア 指定金融機関への振込み</p> <p>・金融機関一帯広信金豊頃支店、豊頃農協、大津漁協 _____銀行、信用金庫_____支店</p> <p>・口座番号一普当総 No. _____</p> <p>-----</p> <p>イ 役場会計管理者より現金受領</p> <p>・本 庁 ・支 所</p>											

関係書類添付の上、上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主住所 中川郡豊頃町
氏名

中川郡豊頃町長 様
上記の申請金額の受領を
年 月 日

㊟に委任します。

世帯主住所 中川郡豊頃町
氏名

㊟