

一般	退本	退扶

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

国民健康保険療養費支給申請書

一般・歯科・薬剤・補装具・柔整
あんま・マッサージ・はり・きゅう
看護・移送・その他・生血

(世帯主) 申請者	住所氏名	伯耆町		印					
		(連絡先) 電話							
被保険者の 記号・番号	伯	一	療養を受けた 被保険者氏名	男女					
傷病名			生年月日	年 月 日生					
発病負傷 年 月 日	年 月 日		個人番号						
療養期間 (調剤・施術)	年 月 日から 月 日まで 日間								
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		病院・医院・診療所							
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>		診療調剤又は手当に従事した 医師、歯科医師、薬剤師その 他の者の氏名							
発病又は負傷の原因		療養に要した費用							
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ので、 下記口座にお振込みください。			百万	十万	万	千	百	十	円
振込先 (世帯主口座)	フリガナ								
	口座名義人								
	金融機関名等	銀行コード				支店コード			
					銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店			
		(右詰前0) 口座番号				口座 種別	1・2 普通・当座		
伯耆町長 様									