

国民健康保険 療養費・標準負担額差額 支給申請書

証番号		個人番号	
診療年月	年 月	療養を受けた被保険者氏名 生年月日	年 月 日
入外区分	入院 ・ 外来		世帯主と続柄
発病負傷原因	第三者行為該当 ・ 非該当	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療等を受けた医療機関等の所在地			
診療等を受けた医療機関等の名称			
傷病名			
申請種類	①一般診療 ②海外診療 ③補装具 ④あんま・マッサージ ⑤はり・きゅう ⑥標準負担額（食事代）差額 ⑦その他		
申請理由			
⑦療養に要した費用額 円	①一部負担金 円	申請額 (⑦-①) 円	⑥標準負担額（食事代）差額
			⑦差額 () 円
			⑧食事回数 回
			申請額 (⑦×⑧) 円
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。 _____ 年 月 日 住 所 糟屋郡須恵町大字 番地 個人番号 _____ 世帯主名 _____ (連絡先: - -) 須恵町長 殿			

振込先		銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店(所) 支店(所)	種別	普通 当座
	口座番号	フリガナ			
		口座名義人			

支 払 証 明 書

診療を受けた 被保険者の住所氏名	住 所	糟屋郡須恵町大字		
	氏 名			
傷 病 名				
入・外・調剤の別	1. 入院	2. 入院外	3. 調剤	
診療(調剤)期間	年 月 日 から			
	年 月 日 まで 日間			
領 収 金 額	合計点数		領収金額	
			円	
保険外負担	円	(内訳)		

上記のとおり支払いを受けた事を証明します。

年 月 日

療養取扱機関

所在地

名 称

(印)