

様式第6号(第12条関係)

承認	不承認	健康 推進課	課長	課長補佐	係長	係
支給額						
円						

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	み白										一般・退職			
療養を受けた 被保険者氏名											生年 月日			
個人番号											年	月	日	
傷病名											療養 期間	年	月	日から 日まで
発病・負傷 年 月 日	年 月 日										日間	入院・外来		
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														
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 ることができなかつ た理由											発病の原因			
											傷病の経過			
											療養の内容			
											療養に要 した費用	円		

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致します。

年 月 日

白石市長 様

郵便番号 〒

世帯主 住 所 白石市

氏 名 ㊟

個人番号

電話番号

支払区分	1. 口座振替	2. 窓口支払	備考
振込口座	銀行 金庫 農協 口座 番号	本店 支店	
種別	普通・当座		
フリガナ			
名義人 (世帯主)			

・添付書類 ①医療費返納金の領収書(原本) ②「診療報酬明細書」(封筒開封無効)
③世帯主の通帳のコピー ④世帯主の身分証明書(免許証等)のコピー