

様式第11号（第11条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

個人番号											
被保険証記号番号 記号 岩 内 番号				氏 名					続柄		
傷病名				生年月日					年 月 日		
種類 1 一般診療 2 補装具 3 柔整 4 あんま・マッサージ 5 鍼灸 6 その他 ()											
診療に要した金額						第三者行為の該当有無				有・無	
診療年月	年 月		療 養 期 間			年 月 日から 年 月 日まで					
診療日数	日										
診療を受けた医療機関等の所在地											
診療を受けた医療機関等の名称											
支 給 申 請 を し た 理 由											

上記のとおり申請します。

年 月 日

岩内町長 様

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 岩内町字

申請者
(世帯主)

印

電話番号

※上記申請に基づく療養費の支給額は、下記の調書のとおりである。

調 書	審 査 決 定 額			
	療養に要した金額		一部負担金	支給金額
	円	円	円	円
支払方法	窓口・口座振替	銀行名		支店名
		種別		口座番号