

様式第 1 1 号（第 1 1 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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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																
支払方法	窓口・口座振替				銀行名				支店名																
					種別				口座番号																