

国民健康保険療養費支給申請書(兼支給決定伺)

被保険者証の 記号番号	佐渡	—	療養を受けた 被保険者氏名		一般・退職(本人・扶養) 高齢(前期)等の別	一・高齢 退職 (本・扶)
			個人番号			
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等の 名称及び所在地			佐渡総合病院・佐和田病院・さかた整形外科医院・ 新潟中央病院・その他()			
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 受けられ なかった理由	健保取扱外業者作成のため(補装具)・ 保険証を持たずに受診したため・ 海外での療養を受けたため・ その他()		傷病名及び その原因	変形性腰椎症・ (右・左)変形性膝関節症・ その他()	傷病の 経過	
			発病(負傷) 年 月 日	年 月 日		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養内容	腰椎装具C軟性・ (右・左)膝装具D軟性・ その他()	療養に要 した費用	円
備 考						
口座 振替 申込	振替 銀行	銀行・労金 農協・信組		支店		
	貯金 種別	普通 当座	口座 番号	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。		
	口座 名義	(フリガナ)		令和 年 月 日	世帯主 住所 佐渡市	氏名 印
			佐渡市長	個人番号	電話番号 () -	
※ 処理 欄	課長	補佐	係長	係	伺、本書のとおり支給決定してよろしいか。	
					支給決定額	決裁年月日 令和 年 月 日
					円	支払年月日 令和 年 月 日