

国民健康保険療養費支給申請書（兼支給決定伺）

被保険者の 記 号 番 号		佐 渡				療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名				一般・高齢(前期)の別		一 ・ 高 齢																	
						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・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 っ た 理 由		健保取扱外業者作成のため(補装具)・ 資格確認書等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		令 和 年 月 日																					
療 養 期 間		令和 年 月 日から 令和 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 行	銀行 支店				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。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 佐渡市 氏 名 佐 渡 市 長 個人番号 電話番号 () -																							
	貯 金 種 別	普 通 当 座	口 座 番 号																										
	口 座 義 名	(フリガナ) -----																											
※処理欄		<table><tr><td>課 長</td><td>補 佐</td><td>係 長</td><td>係</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				課 長	補 佐	係 長	係					<table><tr><td colspan="2">支 給 決 定 額</td></tr><tr><td colspan="2">円</td></tr></table> <table><tr><td>決裁年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>支払年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table>								支 給 決 定 額		円		決裁年月日	年 月 日	支払年月日	年 月 日
課 長	補 佐	係 長	係																										
支 給 決 定 額																													
円																													
決裁年月日	年 月 日																												
支払年月日	年 月 日																												