

国民健康保険海外療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	青国	診療年月	年 月
療養を受けた 被保険者	氏 名	生年月日	年 月 日
	個人番号	資 格	一般・乳児・妊産婦
傷 病 名			入 院 ・ 外 来
発病負傷 年月日		療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
診療及び薬剤の支 給又は手当てを受 けた医療機関等の 名称及び所在地			
診療又は調剤に従 事した医師又は薬 剤師等の氏名			
傷病の原因等			
療養に要した費用	審査決定金額		公費対象額
円	※	円	円
世帯主振込金融機関	銀行	支店	口座 番号 普通・当座
<p>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します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 _____</p> <p>氏名 _____ ※</p> <p style="font-size: small;">※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。</p> <p>(個人番号： _____)</p> <p>電話 (_____) _____</p> <p>青森市長 様</p>			