国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号番号	診　療　月	療養区分		給付割合
青国	年　　月			

療養を受けた被保険者名			
生年月日	年　　月　　日	個人番号	
資　格	一　般　・　退　本　・　退　扶	乳　妊	乳　児　・　妊産婦
傷病名	別紙（明細書・診断書・証明書）のとおり		入院　・　外来
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
診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地			
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師または、薬剤師の氏名			

傷病の原因	傷病の経過	療養内容	療養の給付を受けることができなかった理由

療養に要した費用	審査決定金額	公費対象額

食事に要した費用	食事審査決定金額	食事公費対象額

世帯主通帳	銀行名	支店名	□ 口座振替　□ 窓口
			普通　・　当座
			番号

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主住所

世帯主氏名　　※

※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。

（個人番号　：　　）

青森市長　様　　電　話　（　　）　　－

委任番号		障害区分	