

## 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（ ）日 年 月 日まで
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	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 窓口
			普通・当座
			番号
⑩ 上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     年 月 日                      世帯主住所 _____                      世帯主氏名 _____ ⑩                      （個人番号： _____）                      青森市長 様      電話（ _____ ） _____                 </div>			
委任番号		障害区分	