

国民健康保険療養の給付差額支給申請書

<input type="checkbox"/> 支給決定	この申請書は右のとおり支給額を決定し、支給するものとする。	審査決定金額 円	受付欄
<input type="checkbox"/> 不支給決定	この申請書は別紙の理由により不支給とし、申請人(世帯主)あて通知するものとする。	支給金額 円	

支給区分	一般	未就学児	前期	高齢2割	高齢3割
被保険者証 記号・番号	垣国		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷(労災) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者による傷害 <input type="checkbox"/> その他	
個人番号					
療養を受けた 被保険者氏名			発病・負傷の 年 月 日	年 月 日	
生年月日	年 月 日		療養の期間	年 月 日から	
世帯主との続 柄		性別		年 月 日まで 日間(入院・外来)	
差額支給申請の理由	国民健康保険法第56条第2項の規定による。				
療養(食事)に要した費 用	円		被保険者が支払っ た 治療(食事)費	円	
病院、診療所、薬局等の名称及び所在地、医師名、傷病名は別紙添付書類のとおりとする。					
支払いを希望する 金融機関・口座番 号・口座名義人	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協			本店 支店
	口座番号	普通	当座		
	口座名義人 (カタカナで)				
委任欄	※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名				
上記のとおり、療養の給付差額費用に関する別添証拠書類(領収書等)を添えて申請します。					
年 月 日					
【世帯主】	住所 _____		【申請人】	住所 _____	
	氏名 _____			氏名 _____	
	個人番号 _____			電話番号 _____	
	電話番号 _____			世帯主との続柄 _____	
石 垣 市 長 様					