

国民健康保険療養費（差額）支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	深	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 (個 人 番 号)	()			
		生 年 月 日	年	月	日	
傷 病 名		療 養 期 間	自 .	年	月	日
			至 .	年	月	日
傷病発生年月日	年	月	日	診 療 を 受 け た 日 数	日	
診 療 を 受 け た 病 院 ・ 診 療 所 の 所 在 地 ・ 名 称	所 在 地 名 称					
傷 病 経 過		療 養 に 要 し た 費 用 額	円			
療養の給付を受けることが できなかつた理由						
支 払 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 本店 信金 支店 信組 本所 農協 支所				
	口 座 番 号					
	(フリガナ) 口 座 名 義 人					
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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 (個人番号) 電話番号 () - 深川市長 様						
上記申請により支給される金額の受領を 住 所 氏 名 に委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 () -						

※支給決定欄

費 用 額	保 険 者 負 担 額	被 保 険 者 負 担 額	公 費 負 担 額
円	円	円	円