

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