国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		一般・退職		受給者番号	
保険者の名称及び所在地	名　称	大雪地区広域連合		所　在　地	上川郡東川町東町1丁目16番1号
対象者氏名	氏　名			生年月日	
個人番号				療養を受けた保険医療機関名	
療養期間	から まで　　日間				

療養の内容			
療養の給付を受けることができなかった理由		第三者行為の有無	有・無

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	円	
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
	イ．長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。		
	ロ．その他（　　）		

受取方法	1、口座振込　　2、窓口現金			
		種目	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号	種目	口座番号
	口座名義人	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成　　年　　月　　日

［申請者］　住　所

氏　名　　印

連絡先（電話番号）

大雪地区広域連合様長　様

処理欄	イ．（７８０－６５０）円×（　　）日＝（　　）円	支給決定額
	ロ．（６５０－５００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ハ．（７８０－５００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ニ．（７８０－３００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ホ．（２６０－２１０）円×（　　）日＝（　　）円	
	ヘ．（２６０－１６０）円×（　　）日＝（　　）円	
	ト．（２６０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	円
	チ．（２１０－１６０）円×（　　）日＝（　　）円	
	リ．（２１０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ヌ．（１６０－１００）円×（　　）日＝（　　）円	
	ル．却下（理由：　　）	

療養に要した費用額	支給額	支給年月日
（A）　　円	（A）×　　＝　　円	
	（A）×　　＝　　（本人負担額）	
	（A）－　　＝　　円（本人負担額）	