

(表 面)

根 拠 法 令	1	法第53条第1項 (保険外併用療養費)	支 給 額				
	2	法第54条第1項 (療 養 費)		支 給 期 間	自	年	月
	3	法第54条の3 (特別療養費)	至		年	月	日
	4	法第43条第3項 (差額~一部負担金の割合の減によるもの)	資 格	得	年	月	日
	5	法第56条第2項 (差額~その他)		喪	年	月	日

国民健康保険療養費 (差額) 等支給申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	滝川		療養を受けた 被 保 険 者 名				
			個人番号				
傷 病 名			世 帯 主 氏 名		続 柄		
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	
第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の か 否 か	有 無	有のときは その第三者 の住所氏名					
診 療 を 受 け た 医 薬 剤 師 の 氏 名			病 院 ・ 診 療 所 等 の 所 在 地 及 び 名 称				
発 病 原 因			負 傷 の 経 過	治癒・死亡・転医・中止・繰越・軽快			
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			被 保 険 者 が 支 払 っ た 治 療 費				
<p>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。</p> <p>年 月 日 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>滝川市長様 (TEL -)</p>							
支 払 方 法	現 金 ・ 口 座 振 込	銀行・信金		本・支店			
		口 座 種 類	普 ・ 当 ・ 貯				
		口 座 番 号	No.				
		口 座 名 義 人	カナ				

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。(委任状 あり・なし)