

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	み多 A	療養を受けた被保険 者の氏名及び世帯 主との続柄	氏名	続柄				
世帯主名		生年月日及び被保 険者区分	大昭平 年 月 日	一・本・被				
傷病名		療養期間	平成 年 月 日	日から 日まで 日間				
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病 院・診療所・薬局・その他の者の名称及 び所在地								
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名								
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	円							
備考	<p>上記のとおり診療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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">多賀城市長 殿</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 多賀城市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">T E L ()</p>							
口座 振替 依頼	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">銀行</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">普・当</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">支店</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">フリガナ 名義人</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">続柄 ()</p>				銀行	普・当	支店	フリガナ 名義人
銀行	普・当							
支店	フリガナ 名義人							

該当する方を で囲んで下さい 外来 入院

多賀城市公式ホームページに掲載してある記載例を参考に記入してください。

【宮城県多賀城市公式ホームページ専用様式】