

一金 上記金額を支給されるよう申請します。ただし、下記内訳のとおり 年 月 日 申請者 (世帯主) 住所 氏名 電話番号 霧島市長 様	国民健康保険療養費支給申請書 円也
--	----------------------

被保険者記号・番号	霧国
-----------	----

診療を受けた人	(フリガナ) 氏名		続柄	
	個人番号			
	住所			
	診療期間	自 至	受診資格	一般・(退職被保険者) 本人・被扶養
	発病負傷日		診療日数	日
	傷病名			
	受診した医療機関等	()		診療科
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児
	費用額	円	うち薬剤一部負担	円 併用公費又は福祉の名称

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 ()	(フリガナ) 口座名義人	
		本店・支店 支所・出張所		
	口座種別	普通・当座・その他()	口座番号	

発症又は負傷の理由	1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害(通勤災害等) 3 その他(疾病等)
-----------	---

療養の給付を受けられなかった理由	1 装具作成 2 被保険者証を提示できなかったため 3 資格証明書期間の療養のため(特別療養費) 4 その他
------------------	---

市 使用欄

点数		総医療費		薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額		支給額	

受付年月日	決裁欄