

国民健康保険 療 養 費 支給申請書  
( に係る給付割合訂正 )

受付印

弘前市長 殿

個人番号									

住 所

世帯主氏名

電話

被保険者証 記号・番号	弘前	診療月	令和	年	月
----------------	----	-----	----	---	---

療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			
国保種別		氏名	
診 療 ・ 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院			
名称		支払額	
所在地		円	
医師・傷病名	別添 レセプト 診断書 証明書 のとおり		
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( 日間)		

◎療養の給付を受けることができなかった理由

- 窓口で十割証を提示しなかったため
- 県外の医療機関のため
- その他

支払方法	口座振替	口座名義人				
		金融機関コード	預金種別	普通	口座番号	
	銀行名			支店名		
窓口払い	受取場所					
備考						