

人吉市国民健康保険 療養費支給申請書 兼 請求書

受付印

資格区分	一般	退職	支払区分		口座・窓口	
負担区分	3割	前期1割	前期2割	未就学児2割	交通事故等による第三者行為	有・無

被保険者証の 記号番号	人吉						区分	入院	・	外来	
診療を受けた 被保険者氏名	世帯主からみた続柄 ()					生年月日		昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日
個人番号 (診療を受けた方)											
診療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数	日
医療機関の名称及 び所在地(装具の場 合は義肢製作所名)	名称										
	所在地										

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。
併せて、国民健康保険療養費の支給決定額を請求します。

令和 年 月 日

申請者 郵便番号 (8 6 8 -)

世帯主住所 人吉市 町 番地

世帯主氏名 ⑩ 電話 (-)

個人番号
(世帯主)

人吉市長 松岡 隼人 様

振 込 先 金 融 機 関	フリガナ										
	口座名義人 氏名										
		銀 行					支 店	預金 種別	1. 普通 (総合)		
		農 協					支 所		2. 当座		
	信用金庫							3. 貯蓄			
	信用組合										
	金融機関コード					店 番					
	口座番号 (右つめでご記入ください)							預金通帳等で確認し、正確にご記入ください			

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員

起案日 (支給起案) : 令和 年 月 日

決裁日 (支給決定) : 令和 年 月 日

支給予定日 : 令和 年 月 日

下記のとおり、支給してよろしいか伺います。

内訳

法定費用額

給付割合

支給決定額

() 円 × (7 割)
() 円 × (8 割) 給付 = () 円
(9 割)

(小数点以下、切捨て)

納税課