

様式第9号(第13条関係)

国民健康保険療養費(差額)支給申請書

被保険者証の記号番号					
療養を受けた被 保険者名	住所				
	氏名	昭・平・令 年 月 日生			
傷病名					
発病負傷年月日		令 年 月 日	診療を受けた日数		日
療養期間		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日			
療養、薬剤の支給又は手当を受けた療養 取扱期間の名称、所在地及び医師、歯科 医師又は薬剤師の氏名		所在地			
		名称			
		氏名			
発病の 原因		傷病の 経過	治癒、死亡、転医 中止、繰越、軽快	療養の 内容	
療養の給付を受 けることができ なかった理由	1 法第54条第1項 2 法第54条第2項 3 法第54条の2第1項 4 法第54条の2第4項 5 法第54条の2第5項		差額 の理 由	1 法第54条第1項 2 法第56条第2項の一部負担 金の超過払 3 法第56条第2項の実費徴収	
療養に要した費 用額		円	被保険者が支 払った治療費		円
申請金額		円	振込先金融機関		
			口座番号		
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。					
令和 年 月 日					
七飯町長 様					
住所 申請者(世帯主) 氏名					
審査決定額					
療養に要した 費用	被保険者負担 分	公費負担分	一部負担金支払額 実費徴収された額	保険者負担分 (支払決定額)	

