

様式 5

国民健康保険療養費(差額)支給申請書

(一般、退職本人、退職扶養)

(前期高齢者：1割、3割)

被保険者証の記号・番号		国札			
療養を受けた被保険者	住所				
	氏名	年 月 日生			
傷病名			療養期間	年 月 日から	
発病負傷年月日	年 月 日			(日間) 年 月 日まで	
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並びに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		名 称			
		所 在 地			
		氏 名			
傷病の原因	1	傷病の経過	療養の内容		
療養給付を受けられなかった理由	療養の給付等を行うことが困難であったため		療養につき算定した費用の額	円	
	緊急その他やむを得ない理由により保険証を提示できなかったため		の額に高齢受給者証に記載された割合を乗じて得た額	円	
	緊急その他やむを得ない理由により高齢受給者証を提示できなかったため		被保険者が支払った額	円	
備 考					
申請年月日	年	月	日	申請金額	十億 百万 千 円
請求番号		電話番号			
申請者(世帯主)	郵便番号	住所	フリガナ氏名		
(あて先)	札幌市	区長			
申請者(世帯主)の口座金融機関	銀行コード	預金種目	口座番号		

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。