

様式第8号(第7条関係)

国民健康保険療養費支払決定伺い						
決裁欄	町長	助役	課長	主任	係	起案年月日
						平成 年 月 日
療養に要した費用 (A)	円		審査結果の増減額 (B)	円		
審査決定費用額 (A)-(B)=(C)	円		× 割支給	保険者分	被保険者分	

国民健康保険療養費支給申請書						
被保険者証 記号番号			療養を受けた 被保険者氏名			世帯主との 続柄
傷病名						
発病・負傷 年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
療養を受けた病院診療所 の名称及び住所地	名称					
	所在地					
療養を受けた医師の氏名						
療養の給付を受けることが できなかった理由						
発病原因						
傷病の経過						
療養内容						
療養に要した費用						
備考	銀行名	本支店	種目	口座番号	口座名義人	
			普・当			
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。						
平成 年 月 日						
世帯主 住所 蟹江町						
氏名 印						
連絡先(電話)						
蟹江町長 殿						