

様式第5号(第15条)

決 裁 欄	課 長	係 長	係
決定年月日			
受付年月日		年 月 日	

受付印

診療区分	診療・調剤・歯科・補装具
------	--------------

この申請は下記のとおり支給額を決定し、支給するものとする。			
決定金額	円	支給金額	円
この申請は別紙の理由により不支給とし、申請人(世帯主)あて、通知するものとする。			

国民健康保険療養費支給申請書

個 人 番 号		受 付	
被保険者証記号番号	宜国	診療年月	
療養を受けた被保険者氏名			性別
世帯主との続柄		生年月日	
診療又は手当をうけた病院、診療所その他の名称及び所在地			
上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添えて申請します。 宜野湾市長 殿			
年 月 日			
世帯主 T E L			
住 所			
氏 名		印 個人番号	

第三者 該当・非該当

補装具 入院・外来
