

様式第11号(第15条関係)

国民健康保険一部負担金差額支給申請書						
被 保 険 者 証	記 号 番 号		世 帯 主 氏 名			
療 養 の 給 付 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生	世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 年 月 日		年 月 日	
療 養 期 間		年 月 日 から		年 月 日 まで		日 間
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 名 称 所 在 地 及 び 医 師 、 歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 の 氏 名	都 道 府 県		市 ・ 郡		町 村	
	病 院		国 民 健 康 氏 名			
	診 療 所		保 険 医			
差 額 支 給 申 請 事 由	法第56条第2項(診療内容明細書・領収書を添付)					
差 額 の 算 定	療 養 の 給 付 費 用 額	他 方 負 担 額	保 険 者 負 担 額	支 払 済 保 険 者 負 担 額		
	円	円	円	円		
一 部 負 担 金 と し て 支 払 っ た 額	円					
<p>上記のとおり申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p> <p style="text-align: right;">被 保 険 者 住 所 氏 名 印</p>						