

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 番	号 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;">住所 被保険者 氏名</p>					