

国民健康保険療養費請求書

令和 年 月 日

美郷町長 殿

住 所

氏 名  
(世帯主)

印

標記の件につきまして、下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額		十	万	千	百	十	円

被保険者氏名	
--------	--

被保険者証番号	
---------	--

本人支払額	円
-------	---

支給対象基本額	円
---------	---

請 求 額	円
-------	---

口座振込依頼欄			
金融機関名			
支店名		口座種目	普通・当座・その他
口座番号			
口座名義人 (カナ)			

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)

上記名義人口座への振込を了承します。

世帯主氏名

印