※この申請書での補装具費用申請はできません

様式第１９号

国民健康保険 療養給付費 支給申請書

（乳幼児・児童等・妊産婦に係る一部負担金助成分）

記号・番号	島60-	乳幼児・児童等・妊産婦の氏名	
		生年月日	年　月　日生
傷病名			
療養期間	令和　年　月　日から　日まで	（通院　日） （入院　日間）	
病院、薬局等の名称及び所在地	名称		
	所在地		

病院、薬局等で支払った金額（保険適用分）	一部負担金（保険適用分）	円	合計	円
	食事療養費（標準負担額）	円		

振込先	金融機関	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 支所	
	口座番号	・普通 ・当座	（フリガナ） 口座名義	（　）

備考	受診者が当てはまる項目に〇を付けてください。 １．乳幼児（未就学児） ２．児童等（就学後から満18歳に達する日以後の最初の３月31日） ３．妊産婦（妊娠後５箇月となった月から出産月の翌月まで）

上記のとおり、療養の給付に要した一部負担金の助成について関係書類を添えて申請します。

西郷村長　　様

令和　　年　　月　　日

世帯主
- 住所
- 氏名

（電話　　－　　－　　）