

様式第23号 (第37条関係)

療 養 費 請 求 書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 決定金額 円 </div> <p>大田原市長 様 国民健康保険法第54条に基づく療養費を 請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名</p>
療養を受けた 被 保 険 者 名		生 年 月 日	年 月 日	
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日	
療 養 の 内 容 及 び 経 過				
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
医 師 の 住 所 氏 名	住所 氏名			<p style="text-align: center;">領 収 書</p> <p>大田原市会計管理者 様</p> <p>上記の金額を領収しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 氏名</p>
療 養 に 要 し た 費 用 額		審 査 決 定 額		
確 認 書 類	1 領収書 2 医師の証明書 3 診療報酬明細書	確 認 者 印		
摘 要				