

# 国民健康保険妊産婦10割給付差額支給申請書

資格区分	一般			
記号番	療養を受けた被保険者の氏名	性別	生年月日	世帯主との続柄
		女	昭平 年 月 日	
診療を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地	名称			
	所在地			
療養の給付を受けることができなかった理由				
療養の給付を受けることができなかった期間	令 年 月 日から	日間		
	令 年 月 日まで			
療養に要した費用	円			
備考	外来 歯科 調剤			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙領収書等を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">むつ市長 様</p> <p style="text-align: center;">住所 むつ市</p> <p>世帯主 氏名 _____ 電話 ( ) _____</p>				
振込先	銀行・信用金庫・信用組合		本店・支店・営業部	
	普通・当座	口座番号		
	(ふりがな)			
	口座名義人			