

(別紙様式1)
番 号
平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 殿
各都道府県国民健康保険団体連合会理事長 殿

保険者(代表者名) 印

療養費等の支給に係る国が支払う一部負担金等の一部に相当する額の
請求について(請求書)

「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」3(2)に規定する、療養費等の支給に係る国が支払う当該一部負担金等の一部に相当する額(平成 年 月請求分)として、次の金額を交付されたく、請求します。

金 _____ 円

なお、支払については、次の金融機関口座に振り込み願います。

保険者番号

金融機関 コード	金融機関名	本(支)店 コード	本(支)店名	預金の種類	口座番号
	フリガナ		フリガナ	1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他	

口座名義人
フリガナ

ご連絡先 TEL ご担当者名
