

多摩市長 殿

申請者（世帯主）

住所 多摩市

氏名

電話

多摩市国民健康保険療養費支給請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた国民健康保険療養費について、
多摩市国民健康保険療養費の支給に関する要綱第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金額 _____ 円

なお、上記の療養費は、次の口座に振り込むようお願いします。

振 込 先	銀行		
	金融機関名（ ）	信金・信組	銀行コード（ ）
	農協		
	支 店 名（ ）	支店	支店コード（ ）
口座番号	普通 ・ 当座	
フリガナ			
口座名義人			