

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		男・女
世帯主名		世帯主との続柄		
住 所		生年月日	年 月 日生	
傷病名		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで 日間
発病・負傷 年 月 日	年 月 日			
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院 診療所・薬局その他の者の名称及び所在地				
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師 又は薬剤師の氏名				
療養の給付を 受けることが できなかった 理 由		発病の原因		療養に要した費用 円
		第三者障害の有無	有 ・ 無	
		傷病の経過		
		療養内容		
振込希望の 金融機関及び 口座番号等	銀行 支店	普 通	口座番号	
	農協 支所	当 座	名義人	
備 考				
上記の通り療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 本山町長 殿 ⑩				

(町記入欄)

主管課長	課長補佐	班 長	担 当	受理番号	第 号
				本人負担額	円
				支払決定額	円
				支払年月日	年 月 日