

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号		療養を受けた被保険者氏名		続柄	
		昭・平・令		年 月 日	
個人番号					第三者行為 (有・無)
傷病名			療養期間		
発病負傷 年月日	年 月 日	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氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由	発病原因		療養に要した費用		円
	傷病経過				
	療養内容				
備考	<b>支給額：</b> _____ 円 支払方法：1. 口座振込 _____ 銀行・信金・農協 _____ 本店・支店 口座番号 _____ 口座名義人(かたが) _____ 2. 現金				
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 住所 大木町大字 _____ 番地 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">世帯主</span> 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ _____					
大木町国民健康保険 殿					