

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	芽	療養を受けた被保 険者の氏名・生年 月日・個人番号	氏名 生年月日 年 月 個人番号	世帯主 との続 柄	
傷病名		療 養 の 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					
診療所又は薬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 1 緊急その他やむを得ない 2 給付を行うことが困難 3 その他		発病の原因		療 養 に 要 し た 費 用	
		傷病の原因			
		療養の内容			
					円
備 考					支給額 円
支 払	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協			本店・本所・支店
	口 座 番 号	普通・当座・組勘			
	フ リ ガ ナ				
	口 座 名 義 人				
<p>上記のとお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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 芽室町</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>芽 室 町 長 あて</p>					