

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号		個人番号															
傷病名		療養を受けた 被保険者氏名						世帯主との 続柄									
発病・負傷年月日	平成 令和	年						療養期間	平成 令和	年	月	日から					
		月	日						平成 令和	年	月	日まで					日間
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		(名称)															
		(所在地)															
診療・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																	
発病の原因																	
傷病の経過										療養に要した費用							
療養の内容										円							
第三者行為の確認		有・無		備考													
上記のとおり、療養に要した費用に関して別紙証拠書類を添えて申請します。																	
令和 年 月 日																	
世帯主 住所 仁淀川町																	
氏名 印																	
仁淀川町長 殿 電話番号 - -																	
個人番号																	
振込先 金融機関名	支店(所)名		預金の 種類	口座番号				(フリガナ) 口座名義人									
銀行 農協 金庫	支店 支所 店		普通 当座					()									