

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた者	被保険者番号		個人番号															
	傷病名		氏名					世帯主との続柄										
			年齢	歳				負担割合	割									
	発病・負傷年月日	令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から 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			☐ 装具装着のため ☐ その他()															
発病の原因																		
傷病の経過						療養に要した費用												
療養の内容						円 (保険者負担) (自己負担)												
第三者行為の確認		有・無		備考														
仁淀川町長 殿 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 郵便番号 - 住所 仁淀川町 氏名 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				口座名義人氏名								
銀行 農協 金庫		支店 支所 店 出張所		普通 当座						(カナ)								
										(漢字)								