

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 証 記 号	奈35	番	号
療養を受けた被保険者氏名	世 帯 主 と の 続 柄		
療養を受けた被保険者の 個 人 番 号	第 三 者 行 為		有 ・ 無
生年月日	年	月	日
一 般 退 職 区 分		・一般 ・退職(本人) ・退職(扶養)	
傷病名	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 調 剤 薬 剤 師 の 氏 名			
療養の給付を受ける事ができなかった理由	発 病 の 原 因		
	傷 病 の 経 過		
	療 養 の 内 容		
	療養に要した費用		円
口座振替依頼欄	金融機関名	店 名	
	種 別	口 座 番 号	
	フリガナ		
口座名義人	氏 名		
備 考			

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。

平成 年 月 日

住 所 : 吉野町大字

世帯主 氏 名 : _____ (印)

個人番号 : _____

電話番号 : _____

吉 野 町 長 殿