

# 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	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職(本人) <input type="checkbox"/> 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		不 詳			
	傷 病 の 経 過		加 療 中			
	療 養 の 内 容		装 具 装 着			
	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			
	口座名義人	フリガナ				
	氏 名					
備 考	入院 ・ 外来					

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。

年 月 日

住 所 : 吉野町大字

世帯主 氏 名 :

個人番号:

電話番号:

吉 野 町 長 殿