

主管課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険療養費支給申請書

							承認番号		
					支給額	円			
被保険者証 記号番号					療養を受けた被保険者 氏名		世帯主 との 続柄		
傷病名					療養期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
発病負傷 年月日		令和 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 科医師又は薬剤師の氏名									
療養の給付 等を受ける ことができ なかった 理由	1 緊急のため		発病の 原因			療養に要した費用	円		
	2 旅行先で発病した		傷病の 経過						
	3 その他		療養 内容						
世帯主振込希望 の金融機関名		銀行 農協		支店 支所	普通 当座	口座 番号			
備考		名儀							
<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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">殿</p>									