

	課長	課長補佐	係長	合 議	係
伺		*			

国民健康保険療養費支給申請書

個人番号		診療を受けた 被保険者氏名		世帯主 との続柄	
被保険者証 記号番号		傷病名			
発病・負傷 年月日		療養期間	年 月 日から		
			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					
診療又は調剤に従事した医師 、歯科医師又は調剤師の氏名					
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		療養に 要した 費用	円	
	傷病の 経過				
	療養 内容				
備考					
<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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 高原町大字 番地</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊞</p> <p style="text-align: center;">高 原 町 長 殿</p>					