|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第1号 | | 伺 | | | 課長 | | 課長補佐 | 係長 | 合議 | | | | 係 |
|  | | ＊ |  |  | | | |  |
| **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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | | | 個人番号  住所　　　高原町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |
| 高原町長　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | |

連絡先(電話番号)　　　　(　　　)　　　　　―