

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号		療養を受け た被保険者 氏名	世帯主と の続柄	
傷病名				
発病又は 負傷年月日	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、歯科医師又は薬剤師の氏名				
療養の給付を受けることができなかった理由	傷病の 原因			療養に 要した 費用
	傷病の 経過			
	療養の 内容			
医師 意見 欄	傷病名			
	補装具装用 についての 意見	装具の 装着日	年 月 日	その日は 入院・外来
		年 月 日 医師住所 氏名 ⑩		
備考		口座 振込	金融機関 支店名	
			口座番号	
<p>上記のとおり診療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>年 月 日</p> <p>世帯主住所 只見町大字</p> <p>氏名 ⑩</p> <p>只見町長 様</p>				