

整理番号

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号		氏 名	
傷 病 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日
発病年月日		個 人 番 号	
療養の内容		療 養 を 受 け た 期 間	平 成 年 月 日～ 平 成 年 月 日迄
第三者行為	有 ・ 無	療 養 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	
療 養 に 要 し た 費 用	円		
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			
支 払 方 法	銀 行 名		
	口 座 番 号 (普)		
	預 金 通 帳 名 義 (カ タ カ ナ)		
<p>上記のとおり療養に要した費用を支給してほしいので別紙証拠書類（領収書及び診察内容 の証明書）を添えて申請します。</p> <p>平成 年 月 日 〒 5 1 9 -</p> <p>世帯主 住所 尾鷲市</p> <p>氏名 ⑩</p> <p>尾鷲市長 様 電話 0 5 9 7 - -</p>			

※ 審 査 結 果

費 用 額	一 部 負 担 額	保 険 者 負 担 額