

一般	本人
退職	家族
	三才未満
	高齢9割
	高齢7割

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		療養 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間		
発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日				
診療、薬剤の支給は手当てを 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 けることが出来 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		一部負担金			円
療養内容		請求額			円
振込先口座	銀行・農協	支店	(口座番号) 普・当		
	信金・信組	本店	フリガナ		
			----- (口座名義)		

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。

平成 年 月 日

世帯主住所

氏 名

印

三重県三重郡川越町長 様