

国民健康保険療養費支給申請書

一般	退職 (本人 ・ 扶養)	高齢 9	高齢 8	3 歳未満
被保険者証の 記号番号	岬国	療養を受けた 被保険者氏名	世帯主 との 続柄	
傷病名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
		個人番号		
発病、負傷 年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
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		発病の原因		療養に要した費用
		傷病の経過		円
		療養内容		保険支給決定金額
備考				円
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				
申請人 (世帯主) 住所 岬町 _____				
氏名 _____ 印 _____				
連絡先 _____ 個人番号 _____				
岬町長様				

振込先金融機関名	銀行 農協	支店
預金種別	普通・当座・()	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		