

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号番号		あさぎり														
療養を受けた被保険者氏名																
第三者行為該当の有無	有	無	療養を受けた方の個人番号													
入外区分	1. 入院							2. 外来								
生年月日	年 月 日				療養に要した費用	総 額	円									
疾 病 名						自己負担額	円									
発病・負傷年月日	年 月 日					支 給 金 額	円									
診療期間	年 月 日 ~				年 月 日				診療日数 日							
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																
療養の給付等を受けることが出来なかった理由					発病の原因											
傷病の経過					療養の内容											
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。																
年 月 日																
住所 あさぎり町																
世帯主 氏名																
連絡先 () -																
個人番号(世帯主)																
あさぎり町長 様																
委任欄	上記支給決定額の領収について名義人に委任します。 年 月 日															
氏名																
振込希望の金融機関名					銀行 農協 信用金庫						支店 支所					
	口座の種類		普通 座		口座番号											
	フリガナ															
	口座名義人															