

課長	課長補佐	係長	係

給付	台帳	受付

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号		療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主 との続柄	
個人番号					
傷病名		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
発病又は負傷 年 月 日	年 月 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	支給決定額	
	傷病の 経過			円	
	療 養 内 容				
備 考					

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。

令和 年 月 日

世帯主 住所 川南町大字
氏 名
個人番号
電話番号

川南町長 殿