

課長	対策監	課長補佐	主幹	係長	主務者	課員

(様式第11号)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		療養を受けた被保険者 氏名		世帯主 の 続柄	
傷病名		個人番号	-	-	
発病・負傷 年月日	年月日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
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 できなかつた理由	発病の 原因		療養に 要した 費用	保険者負担額	
	傷病の 経過				
	療内 養容			第三者行為該当	有・無
振込先金 融機関	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義	
				(カナ)	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 三股町_____</p> <p>氏名 _____ 印</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>三股町長 殿</p>					