

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記 号 番 号	山江	世帯主氏 名及び個 人 番 号		続 柄	生 年 月 日
		傷 病 名		療養を受 けた者の 氏名及び 個人番号	
第三者行為 の 有 無	有 ・ 無	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					
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 薬 剤 に 従 事 し た 医 師 歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 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	円
		傷 病 の 経 過			
		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。					
平成 年 月 日					
山江村大字					
世帯主氏名 印					
山江村長 殿					

・該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。

振 込 先	銀 行 信用組合 信用金庫 協同組合 ()						本 店 支 店 支 所 ()	預 金 種 別	普通 当座 貯蓄
口座番号 (右詰め)							ゆうちょ銀行記号・番号 記号 番号		
(ふりがな) 口座名義人									