

# 国民健康保険 療養費 支給申請書

被保険者証 の記号番号	山 1 2 6 0 -                    -	療養を受けた 被保険者氏名	
傷 病 名		個人番号	
		生年月日	昭・平・令    年 月 日生
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 付等を受 けること ができな かった理 由		発病の原因		費 用 額	
		傷病の経過			
		療養の内容			
円					

世帯主の振込先口座番号	種類	口座番号	
銀行                    支店 信用金庫                店 農協                      支所	普通 当座	フリガナ  口座名義人 (世帯主)	

備 考	
-----	--

※国民健康保険税	済 ・ 未	確認	
----------	-------	----	--

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    柳井市

氏 名  
個人番号  
電話番号

(宛先)    柳井市長