

様式第2号（第3条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

負担割合

国民健康保険療養費支給申請書						負担割合			
被保険者証 記号番号				療養を受けた被 保険者	氏名			世帯主 との続柄	
傷病名					生年月日	年 月 日			
					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 等を受ける ことができ なかった 理 由	発病の 原 因			療 養 に 要 し た 費 用	総費用額 円				
	傷病の 経 過				支払額 円				
	療 養 内 容				自己負担額 円				
交通事故等の第三者行為				有 ・ 無					
世帯主振込希望 の金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協			本店 支店 支所	普 通 当 座	口座 番号			
備 考	口座名義人（カタカナ）								
<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 個人番号</p> <p>〒</p> <p>住 所 平生町大字</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">平生町長 様</p>									