

様式第8(第10条関係)

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 氏名または 個人番号	
傷病名		療養機関	年 月 日から 年 月 日まで
発病・負傷年 月 日	年 月 日		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 かった理由		発病の 原因	療養 に要 した 費用 円
		傷病の 経過	
		療内 養容	
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協	店	口座番号 普 当
口座名義 人氏名	カタカナでご記入ください		
備考			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>世帯主 氏名 _____ (印)</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>大口町長 様</p>			

(届出人) 住所 _____
氏名 _____ 続柄 _____