

療養費

国民健康保険療養費支給申請書			
被保険者証番号	外ヶ浜		
被保険者氏名		個人番号	
世帯主との続柄		療養費期間	令和 年 月 日 から
世帯主氏名			令和 年 月 日 まで
個人番号			
傷病名		発病年月日	令和 年 月 日
医療機関住所			
医療機関名			
医師等の氏名			
療養の給付を受けることのできなかった理由		発病の原因	
		傷病の経過	
		第三者からの行為による受診	はい ・ いいえ
医療に要した額		療養経過	
支給決定額			
備考			
<p>上記によ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>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒 -</p> <p style="padding-left: 150px;">外ヶ浜町字</p> <p style="padding-left: 150px;">氏名 (印)</p> <p style="padding-left: 150px;">電話番号 - -</p> <p>外ヶ浜町長 殿</p>			
振込先	(金融機関名・店名)		
	銀行・信用組合	店	
	農協・信用金庫		
	普通・当座	口座名義人・フリガナ	
	番号		