

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		区 分	一般・退本・退扶
療養を受けた被保険者名		生年月日	S 年 月 日 H
個人番号			
傷 病 名			
傷病負傷年月日	平成 年 月 日		
療 養 期 間	平成 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、薬局等の名称及び所在地	名 称		
	所 在 地		
診療又は調剤に従事した医師			
療養の給付を受けることができなかった理由			
療養に要した費用	円		
備 考			
<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>平成 年 月 日</p> <p>住 所 柳川市</p> <p>世帯主 氏 名 <span style="float:right">Ⓜ</span></p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号</p> <p>柳川市長 様</p>			

費 用 額	支 給 額	本 人 負 担 額

受取確認欄	<input type="checkbox"/> 現金受取	<input type="checkbox"/> 口座受取 (申請人名義・郵便局を除く)		受付庁舎	担当
	柳川	銀行	支店		
	大和三橋	No.	メイギ		柳川 大和 三橋

**【第三者による交通事故の有無】 有 (書類渡し済) ・ 無**