

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		療養を受けた 被保険者	氏名												
			個人番号												
			生年月日	年	月	日									
資格区分	一般・退本・退扶		世帯主との 続柄												
	未就学・高齢8割・高齢7割														
傷病名															
発病・負傷年月日	年	月	日	療養期間	年	月	日								
	年	月	日		年	月	日								
保険医療機関等の 名称及び所在地	名称														
	所在地														
療養に従事した 医師等の氏名															
療養の給付を受ける ことが出来なかった 理由															
発病の原因	傷病の経過	療養の内容	第三者行為の有無												
			有 ・ 無												
療養に要した 費用				支給決 定額											
支給方法	銀行	支店	口座番号	名義											

上記のとおり療養に要した費用に関する別添証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 大槌町

氏 名



個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

大槌町長 様