

課長	係長	係

	給付	台帳	受付

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	世帯主との続柄
個人番号			
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病、負傷年月日	昭和 年 月 日 平成		
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	支給決定額
	傷病の経過		
	療養内容		円
備考			

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。

平成 年 月 日

住所 川南町大字 川南・平田 番地

世帯主

氏名

(印)

個人番号

川南町長 殿

請 求 書

目 的 療養費（補装具・医療費・その他）として

品 名	規 格	数 量	単 位	単 価	金 額
自己負担額					
計					

上記金額のとおり請求します。

平成 年 月 日

川南町長 殿

(世帯主)

住 所 _____

氏 名 _____

印

振込先

金 融 機 関	
(支 店 名)	
口 座 番 号	
種 目	
口座名義 (カナ)	