

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた 被保険者氏名 ・生年月日	年 月 日	世帯主 との 続柄	国保番号	島国
			個人番号	
傷病名		療養の期間		
発病・負傷 年月日				
診療又は手当を受けた 病院・診療所の名称 及び所在地	名 称	所 在 地		
診療又は手当に従事した 医師・歯科医師の氏名		発病の原因		
療養の給付を 受けることが できなかった 理由			傷病の経過	
			療養の内容	
療養に要した 費用		給付割合	7割・8割・9割	
		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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>島本町長様</p> <p style="margin-left: 100px;">世帯主 住所 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">個人番号 _____</p>				

[注] 1. 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

電話番号 \_\_\_\_\_