

第三者行為 有・無

受付

課長	補佐	係長	係

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名 ・生年月日		年 月 日	
一部負担割合		割	世帯主と の続柄	被保険者 個人番号	
傷病名	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	発病 負傷 年月日	年 月 日	療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで
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			<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
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			<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を10割負担で購入したため	発病の 原因	療養に要した費用		
	<input type="checkbox"/> その他	傷病の 経過			
		療養 内容	円		
療 養 費					
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。 年 月 日 世帯主 住 所 串間市 個人番号 氏 名 印 電話番号 串間市長 様					
振込希望 金融機関	名称等	銀行 信用金庫 農協・漁協		預貯金種類及び通帳番号	
	本支店等	本店・支店 本所・支所		普通	No.
	通帳の 名義人	フリガナ			
		氏名			