

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号番号	松茂	治療を受けた 被保険者名 氏名	昭・平・令 年 月 日生										世帯 主の 続柄	
		個人番号												
傷病名											発病、負傷 年月日			
療養内容及び 傷病の経過											療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
病院 診療所 薬局 その他の 者の名称及び所在地・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													療養に要した費用	円
発症 又は 負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)										振込希望 口座	銀行 農協 信用金庫 支店		
備考		口座番号												
		ふりがな												
		名義人												
<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                  上記決定金額についての請求権を住民課長に委任します                  なお、支払いは口座振替でお願いします</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 松茂町</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">T E L</p> <p style="text-align: center;">松茂町長 殿 届出者氏名 続柄</p>														