

国民健康保険療養費支給申請書 (年 月診療分)						
被保険者 記号・番号	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との 続柄		資格	一般 退職 (本・扶)
田国	生年月日	年 月 日				
	個人番号					
傷病名			傷病の 原因			
療養を受けた病院 診療所・薬局等 の名称及び所在地	名称					
	所在地					
診療した医師等の氏名						
療養の内容						
被保険者証書を提出 しなかった理由						
発病負傷年月日						
療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
傷病の経過						
支払金額	円					
受取方法の希望	現 口 _____ 銀行 _____ 支店 ・ 金 振 (No.) _____ (名義) _____					
第三者行為によるもの か	はい ・ いいえ					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 田尻町 氏 名 個人番号 (電話番号 —)</p> <p>田尻町長 様</p>						