

様式第21号 (第25条関係)

国民健康保険療養費支給申請書 (年 月診療分)						
被保険者証 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	明・大・昭・平 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	日まで	日間
傷病の経過						
支払金額	円					
受取方法の希望	現 金	口 振	_____銀行	_____支店	(No.) _____	(名義) _____
第三者行為によるものか	はい ・ いいえ					
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 田尻町 _____ 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ (電話番号 _____) 田尻町長 様						