

国民健康保険 療養費 支給申請書

被保険者証の 記号番号	小国-	療養を受けた 被保険者	氏名			
			個人番号			
疾病名		世帯主との 続柄				
発病・負傷 年月日 第三者行為による負傷の有無	平成・令和 年 月 日 有 ・ 無	療養を受けた期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで (日間)		
診療、薬剤の支給または手 当を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称及び所 在地	住所 医療機関名					
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						
療養の給付を受ける ことが出来なかった 理由	発病の原因				療養に要した費用 円	
	疾病の経過					
	療養内容					
備考	計算欄					
振込先金融機関	<ul style="list-style-type: none"> ・肥後 ・熊本 ・阿蘇農協 ・ゆうちょ 		銀行	本店	支店	預金種別 普通 当座 その他 ()
	口座名義	カナ	口座番号			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 阿蘇郡小国町大字</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p> <p>小国町長 様 TEL ()</p>						