

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	記号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主と の続柄	
個人番号						
傷病名	一般・退職被保険者等の 別			一般 ・ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
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						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師及 び薬剤師の氏名						
療養の給付又は 特定療養費の 支給を受ける ことができ なかつた理由	発病の原因		療養に 要した 費用	円		
	傷病の経過					
	療養内容					
備 考						

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

住 所 秩父郡東秩父村大字 番地

世帯主

氏 名 印

東秩父村長 様