

一般・退職 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		南 幌		個人番号	
療養を受けた被保険者	氏名			男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
傷病名			療養期間	自 平成 年 月 日	日
発病負傷の年月日	平成 年 月 日			至 平成 年 月 日	( 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、その他の住所、名称		住 所			
		氏 名			
診療または薬剤に従事した医師、歯科医、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	1 緊急で被保険者証を不携帯だった	発病の		療養に要した費用	円
	2 業者に装具の作製を依頼した	原因			
	3 他保険資格喪失後の受診	傷病の			
	4 海外渡航中の療養	経過			
	5 資格証期間の療養	療養の			
	6 その他 ( )	内容			
備 考	一般診療・補装具・はり・きゅう・柔整				
振込口座	銀行	本店	口座番号 普通・当座		
	信用金庫	支店			
	農協	本所	口座名義		
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。					
平成 年 月 日					
申請者 住 所 南幌町 _____					
氏 名 _____ 印					
電話番号 _____					
南 幌 町 長 様					