

様式第9号(第8条関係)

1 支給 する	支給金額	円
	支給期間	年 月 分
2 支給 しない	(支給しない理由)	

一 般	若人・高齢 割・就学前
退 職	若人・就学前

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者証の 記号番号	療養を受けた被保険者 氏 名			昭・平・令 年 月 日			世帯主 との 続 柄		
傷 病 名	個人番号								
発病、負傷 年 月 日	年 月 日	療 期	養 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、 歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養の給付を 受けることが できなかった 理 由	発病の原因				療 養 に 要 し た 費 用				
	傷病の経過								
	療 養 内 容					円			
第三者行為 の有 無	有 ・ 無	備 考							
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 与謝野町字.....</p> <p style="text-align: right;">氏 名..... (印)</p> <p style="text-align: right;">個人番号.....</p> <p style="text-align: right;">電話番号.....</p> <p>与謝野町長 様</p>									

振込送金先金融機関	預 金 種 別	名 義
本(支)店(所)	当座・普通	
	NO.	