

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主から みた続柄	
診療年月	年 月	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
入外	入院 / 外来	個人番号			
傷病名		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
該当する場合はチェックしてください		<input type="checkbox"/> 交通事故により療養を受けることとなった			
診療を受けた医療機関名等の 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	円
	傷病の 経過				
	療養 内容				
備考					
振込先 金融機関名	銀行	本店	口座番号	普通 当座	
	農協	支店	フリガナ		
	信用金庫	出張所	口座名義人		
<p>菰野町長</p> <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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>世帯主住所 菰野町 _____</p> <p>世帯主氏名 _____</p> <p>届出人氏名 _____</p> <p>世帯主からみた続柄 _____</p> <p>届出人電話番号 _____</p>					