

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	大山		療養を受けた 被保険者の氏 名・生年月日	昭・平・令	年	月	日生	
傷病名			発病 負傷年月日		年	月	日	
療養期間	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 日間							
療養を受けた病院、診療所 薬局等の名称及び所在地								
療養に従事した医師・ 歯科医師等の氏名								
第三者の行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
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 した 費用					円
	発病の 経過		支給 金額	※				
	療養の 内容							円

※印欄は記入しないでください。

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。

令和 年 月 日

世帯主 住所 西伯郡大山町

氏名

電話番号 (         )         -

大山町長 様