

国民健康保険療養費支給申請書 〔 診療費・コルセット・移送費 〕									
被保険者証 の記号番号								療養を受けた 被保険者氏名	
傷 病 名						生 年 月 日		年 月 日	
						個 人 番 号			
発病・負傷 年 月 日						療 養 期 間		年 月 日 から 日間	
診療、薬剤の支給、または手当てを受けた 病院、診療所、薬局、その他名称および 所在地									
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			
						傷 病 の 経 過			
支払った金額	円					療 養 内 容			
振込先金融機関	銀行 普・当 口座番号 () 金庫 本店 (フリガナ) 名義人 農協 支店								
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 世 帯 主 住 所 長泉町 氏 名 印 個人番号 電話番号 () 長泉町長 様									
費用額 給付割合 × = 円						支給決定金額 円			