

# 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	年	月	日生
傷病名			発病 負傷年月日		年	月	日
療養期間	平成 年 月 日より 平成 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						

※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。

平成 年 月 日

世帯主 住所 西伯郡大山町

氏名

印

電話番号 ( ) -

大山町長 様

# 請 求 書

一 金	百	十	万	千	百	十	円	也

これは、平成 年 月診療分の、国民健康保険療養費として

上記金額を請求します。

住所： 西伯郡大山町 番地

氏名： 印

平成 年 月 日

大山町長 様