

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 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 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	円
	療養の 内容				※		円

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

※印欄は記入しないでください。