課　長	担　当

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		疾病名			
療養を受けた被保険者氏名		個人番号		世帯主との続柄	
発病・負傷年月日		第三者行為の有無	有　・　無		
療養期間	年　月　日　から　年　月　日まで				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局、その他の者の名称及び所在地					
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					
発病の原因		傷病の経過			
療養の区分	入　院・入院外・歯科・その他　（　　）				
療養の内容					
療養の給付を受けることができなかった理由及び支給額内訳					
療養に要した費用	円	支給額	円		
振込先	銀行 農協	支店 支所	普通 当座	口座番号 口座名義人	

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。

年　　月　　日

住　所　　井川町

世帯主氏名　　㊞

世帯主個人番号

井川町長　　齋　藤　多　聞　様