

一般・退職										前期 2 割・前期 3 割															
国民健康保険療養費支給申請書																									
被保険者証 の記号番号				明				療養を受けた 被保険者氏名								世帯主 との続柄									
個人番号																									
傷 病 名								生年月日				年				月				日					
								療養期間				年				月				日から					
発病・負傷 年月日				年								月				日まで				日間					
診療・調剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、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																									
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 要した 費用				円					
								傷病の経過																	
								療養内容																	
振 込 先		銀行				支店				口座種別				普通				・ 当座				・ 貯蓄			
		信用金庫				支所				口座番号															
		農協				出張所				名義人（フリガナ）															
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																									
世帯主										住 所 明和町															
										氏 名										(印)					
										電話番号															
										個人番号															
明 和 町 長 あて																									