

受 付 年 月 日	課長	課長補佐	係 長	係	本 件 の 認 定 を 御 伺 い す る。

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	天国保 第		療養を受けた 被保険者氏名	世との 帯続 主柄								
傷 病 名			個 人 番 号									
発病・負傷 年 月 日			療 養 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間							
診療・薬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											
負傷の原因		1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)										
備考	国	1期	2期	3期	4期	5期	6期	給 割	付 合	療養に要 した費用	本 人 負担額	保 険 者 負担額
	保 税							7 割				
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 天城町</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p> <p>天城町長 殿 電話番号</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p>												