

様式第13号(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

一 般
退 本人
退 扶養

被保険者 記号・番号	井勝	療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主 との 続柄	
傷病名		生年月日	年 月 日		
		個人番号			
発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
療養、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		審 査 額 ----- ※ 円	
		療 養 内 容		支 給 額 ----- ※ 円	
振込先金融機関名	預金種目及び口座番号		預金口座名義人		
	1 普通 2 当座		フリガナ		
支店	No.		名義人		

※印欄は記載しないでください。

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。

年 月 日

住所  
世帯主 氏名  
個人番号  
(電話 ー )

勝 山 市 長 殿