

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	石井 — —	療養を受けた 被保険者氏名								
傷病名		個人番号								
		世帯主との続柄								
発病負傷 年月日		療養期間	年	月	日から	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	
		傷病の経過			
		療養内容			

備考					
----	--	--	--	--	--

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

石井町長 殿

住所 徳島県名西郡石井町 字 番地

世帯主

氏名

連絡先： ( ) -

印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第三者行為	有・無
-------	-----