

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	合志	療養を受けた被保 険者氏名		世帯主 との 続柄	
傷病名		個人番号			
第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
発病負傷 年月日	年月日				
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	
		傷病の 経過			
		療養の 内容			
備考					
上記のとおり療養に要した費用に関する、別紙証明書及び領収書を添えて 申請します。 令和 年 月 日 世帯主（申請者） 住所 _____ 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ (あて先) 合志市長					

市 記 入 欄	番号確認	本人確認	代理権確認	代理人確認	受付者
	済・未	済・未	済・未	済・未	