|  |
| --- |
| **国民健康保険療養費支給申請書** |
| 被保険者記号番号 | 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 |  |
| 療養期間 | 　　年　　月　　日　　から　　年　　月　　日　　まで日間 |
| 第三者行為によるものか | □はい　　□いいえ |
| 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　　　　　　　　　　　　　　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 |  |