

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	曾国保 第 号	療養を受 けた被 保険者 氏名		世帯主 の 続柄	
個人番号					
傷病名		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
発病負傷 年月日	年 月 日			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				
業務上・外、第三者行為の有無 (発生要因を右のいずれかに○を記入)	1. 業務上である    2. 第三者行為である    3. その他				
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					
曾於市長 殿		世帯主 住所 曾於市 氏名 TEL 個人番号		印	