

一般

退職

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証号 の記号番号	瀬国保	療養を受けた被 保険者の氏名・ 生 年 月 日		世帯主と の続柄
個人番号			昭・平・令 年 月 日	

傷病名		療養期間	令和 年 月 日から
発病・負傷年月日			令和 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・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 出来なかった理由	傷病の経過	療養に要した費用 円
	療養内容	

発病の原因	1：第三者行為（交通事故，喧嘩，犬咬傷など） 2：業務上の災害（通勤災害など） 3：その他（自損事故・疾病など）	補装具の耐用年数	年
-------	--	----------	---

備考	
----	--

課長	課長補佐	係長	係

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

世帯主 住所

氏名

瀬戸内町長 鎌田 愛人 殿

支給年月日	
-------	--