

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被 保 険 者 記号・番号	三 み・	医療を受けた 被保険者氏名		世帯主と の続柄	
疾 病 名			療養期間	年 月 日	
発病・負傷 年 月 日	年 月 日			年 月 日	日間
診療・薬剤の支給または、手当てを受けた 病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地					
診療または調剤に従事した医師・歯科医師・ま たは薬剤師の氏名					
第三者行為（交通事故等）			有 ・ 無		
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		
			疾病の経過		
			療 養 内 容		
療養に要した 費用		※保険者記入欄			
		支給決定額			
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・請求します。

年 月 日

世帯主 住 所 みやき町大字

氏 名 印

個人番号

電話番号

みやき町長 様

振 込 先	金融機関名	銀行 農協 組合 金庫	本店 支店 支所 出張所	預金の種類	普通 ・ 当座
	口座番号			フリガナ 口座名義人	

受付者