様式第15号

国民健康保険療養費支給申請書											
被保険者証の 記号・番号	川島一			一般・退職 被保険者等の別	一般・退職本人・退職被扶養者 前期高齢者・未就学						
療養を受けた 被保険者氏名							世帯主との続柄				
個人番号											
傷病名					療養期間		年 月 日から				
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日						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											
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	☐ 他保険で受診したため			発病の原因		療養に要した 費用の額		円			
	☐ 保険証なしで受診したため			傷病の経過							
	☐ 装具作成のため ☐ 海外で受診したため			療養内容							
備考											
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>川島町長 様</p> <p>世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号</p>											
振込金融機関				種目		振込口座の番号及び名義人					
銀行 農協 信用金庫				支店 普通座		番号					
						フリガナ					
						名義人					