

第13号様式

決 定 伺	町長	副町長	課長	主査	担当
	審 査 決 定 点 数			点	
	決 定 費 用 額			円	
	支 給 金 額			円	

国民健康保険療養費支給申請書					
一般・退職					
被保険者 記号・番号	由	療養を受けた 被保険者氏名			
傷病名		個人番号			
発症・負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		
診療・薬剤の支給又は手当て を受けた病院、診療所、薬局 その他のものの名称及び所 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		支払を希望する金融機関名		
	療 養 内 容		金融機関 ・支店名		
			口座番号		
			口座名義 (カタカナ)		
発 症 又 は 負 傷 の 理 由	1：第三者行為（交通事故等） 3：その他（自損事故・疾病等）		2：業務上の災害（通勤災害等）		
備 考	支払コードNo.				
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。					
年 月 日		住 所			
		世帯主氏名		㊟	
		個人番号		□□□□□□□□□□	
由仁町長		様		電話番号	