

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号・番 号	山9 ー	療 養 を 受 け た		続 柄	
個 人 番 号		被 保 険 者 氏 名			
傷 病 名		生 年 月 日	年 月 日	男 女	
発 病、負 傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	令和 年 月 日 から 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 等を受けるこ 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					
備 考					
第三者の行為による受傷である		はい・いいえ			
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 千 住 所 山陽小野田市 氏 名 電話番号 山陽小野田市長 宛 個人番号					
口 座 振 込	銀行 信用金庫 農協		店	預 金 名 義 人	フリガナ
	(預金種目) 普・当・他	(口座番号)			