

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	笠一	療養を受けた 被保険者の氏名		世帯主 との続柄	
		個人番号			
傷病名		療養期間	年	月	日から
発病負傷 年月日			年	月	日まで 日間
診察、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局等の名称及び所在地					
診察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		発症の原因		療養に要した費用	円
		傷病の経過			
		療養内容			
備考					
第三者行為の有無	有 ・ 無				
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療養費の支給を申請いたします。					
年 月 日		世帯主住所	笠置町大字	小字	-----
笠置町長様		世帯主氏名	-----		
		個人番号			
		電話番号	( )		

国民健康保険療養費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
フリガナ 口座名義人		-----							