

様式第15号（第19条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

支払金 融機関	銀行 農協	支店 支所	口座 番号		フリガナ 口座名義人	
被保険者 証の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		生年月日		
疾病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）					
傷病名						
発病・負傷年月日	年 月 日から 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 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	【支給額】					
	円 × (0.7 ・ 0.8 ・ 0.9) =					円
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名 印</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 () —</p> <p>基山町長 様</p>						

※添付書類

領収書、療養内容を証明する書類（治療用装具の場合は医師の証明書、装着証明書、見積書、請求書）