

国民健康保険療養費支給申請書																								
被保険者証 記号番号	美波 ー	療養を受けた 被保険者 個人番号・氏名	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 世帯主との続柄 ( )																					
傷病名		療養期間	年 月 日から																					
発病負傷 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 病院又は診療所、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		療費 に要した 費用	円																				
	傷病の 経過																							
	療養内容																							
第三者行為	有 ・ 無	備考																						
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主の 住 所 美波町 個人番号  <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>  電話番号   氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">美波町長 様</p>																								
振込希望 金融機関	銀行 支店 農協 支所	フリガナ 口座名義人																						
	預金口座	普通・当座	口座番号																					