

様式第7号(第8条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	井み 一	療養を受 けた被保 険者氏名	年 月 日生 (個人番号)	世帯主 との続柄
傷病名				
発病・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を受 けた病院・診療所・薬局・その 他の者の名称、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	
		傷病の 経過	審 査 額	
		療 養 内 容	入 院・輸 血 入院外・その他	支 給 額
備 考	振込先 銀行 本店 農協 支店・支所 金庫 口座番号 普通・当座 口座名義 (カタカナ)			

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

申請者(世帯主)住所 南越前町 第 号 番地

氏名 印

(個人番号)

電 話

南越前町長 様