

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	徳国保	療養を受け た被保険者 氏 名		世帯主 と の 続 柄			
傷 病 名							
発病・負傷 年 月 日		療 養 期 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 とが出来な かった理由		発病の原因		療 養 に 要 し た 費 用	円		
		発病の経過					
		療 養 内 容					
支 給 額							
備 考	※第三者行為に係る傷病の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付 してください。						
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 住 所 徳之島町 番地							
氏 名 印							
徳之島町長							
決 裁 印	町 長	副 町 長	総務課長	課 長	補 佐	係 長	係