

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	德国保	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。						
<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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 徳之島町 番地</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">徳之島町長</p>							
決 裁 印	町長	副町長	総務課長	課長	補佐	係長	係