国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		療養を受けた被保険者の氏名又は個人番号		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		
発病・負傷の原因					
第三者行為の有無					
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および所在地					
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					
療養の給付等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			
主振込希望の金融機関名	銀行　支店 農協　支所	普通 当座	口座番号		
			名義(ｶﾅ)		
備考					

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

周防大島町長　　様

世帯主　住　所　周防大島町大字

個人番号

氏　名

電話番号

委任状	私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　年　月　日　支給申請した療養費の受領に関すること。 世帯主　住所　周防大島町大字 氏名 代理人　住所 氏名