

|  |    |      |    |    |   |
|--|----|------|----|----|---|
|  | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主査 | 係 |
|  |    |      |    |    |   |

| 国民健康保険療養費支給申請書   |           |                      |                  |                 |    |
|--|-----------|----------------------|------------------|-----------------|----|
| 被保険者証<br>の記号・番号  |           | 療養を受<br>けた被保<br>険者氏名 |                  | 世帯主<br>との<br>続柄 |    |
| 傷病名  |           | 療養期間                 | 平成 年 月 日から       |                 |    |
| 発病・負傷<br>年月日   | 平成 年 月 日  |                      | 平成 年 月 日まで       |                 | 日間 |
| 診療・薬剤の支給又は手<br>当を受けた病院・診療<br>所・薬局・その他の名称<br>及び所在地  |           |                      |                  |                 |    |
| 診療又は調剤に従事した<br>医師・歯科医師又は薬剤<br>師の氏名   |           |                      |                  |                 |    |
| 療養の給<br>付を受け<br>ることが<br>できな<br>かった理由   | 発病の<br>原因 |                      | 療養に<br>要した<br>費用 |                 | 円  |
|  | 傷病の<br>経過 |                      |                  |                 |    |
|  | 療養<br>内容  |                      |                  |                 |    |
| 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>平成 年 月 日</p> <p>住所 鳥取県八頭郡若桜町大字</p> <p>世帯主</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> |           |                      |                  |                 |    |