

課長	調整監	課長補佐	係	受付者

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	野国	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
傷病名	別紙明細書のとおり	療養期間	年 月 日から		
発病、負傷年 月 日	年 月 日		年 月 日まで		
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		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 円
		傷病の 経過			
		療内 養容			
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。

年 月 日

世帯主住所 青森県上北郡野辺地町字 _____

世帯主個人番号 □□□□□□□□□□□□□□□□

世帯主氏名 _____ (印)

(TEL - -)

野 辺 地 町 長 宛