

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		年 月 日から		
発病、負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日まで		日間
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	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 養 内 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 _____

(TEL - -)

野 辺 地 町 長 宛