

様式第 15 号(第 20 条関係)

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の 記 号 番 号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との 続 柄	
			個人番号		
傷 病 名		一般・退職被保 険者等の別	一 般 ・	<input checked="" type="radio"/> 本 人 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者	
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日	から	年 月 日
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					
療養の給付又 は特定療養費 の支給を受け ることができ なかつた理由		発病の原因		療養につ き 算定した 費用の 額	
		傷病の経過			
		療養内容			
備 考					
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日		振込先 金融 機関名		銀行・農協 信組・金庫	支店 (所)
鳩山町長 様		普通・当座 No,			
		名義人 (世帯主)			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> を付けた場合、上記の振込先指定口座の記入は不要です。					
世帯主		住 所 氏 名 個人番号 電話番号			