

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 の 記 号 番 号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	個人番号	世 帯 主 と の 続 柄							
傷 病 名		一般・退職被保 険 者 等 の 別	一 般 ・ ① 本 人 ② 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 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											
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 っ た 理 由		発 病 の 原 因		療 養 に つ き 算 定 し た 費 用 の 額	円						
		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		<table><tr><td>振込先 金融 機関名</td><td>銀行・農協 信組・金庫</td><td>支店 (所)</td></tr><tr><td>名義人 (世帯主)</td><td colspan="2">普通・当座 No,</td></tr></table>				振込先 金融 機関名	銀行・農協 信組・金庫	支店 (所)	名義人 (世帯主)	普通・当座 No,	
振込先 金融 機関名	銀行・農協 信組・金庫	支店 (所)									
名義人 (世帯主)	普通・当座 No,										
鳩山町長 様		☐ 公金受取口座への振込を希望します。 ※ ☒ 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									