

様式第 10 (第 10 条関係)

区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	一般 ・ 未就学

下記のとおりに支給してよろしいか					
療養に要した費用	円	審査決定費用額	(円)	決定金額	円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号				
療養を受けた被保険者氏名		生年月日	年 月 日	
個人番号			世帯主との続柄	
療養の種類	診療・治療用装具・その他 ()			
傷病名		発病又は負傷の年月	年 月 日	
傷病の原因		傷病の経過		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養に要した費用の額	円	
療養の給付を受けることができなかった理由				
病 院 等 所 在 地 ・ 名 称				
医師、歯科医師又は薬剤師氏名				
振込先金融機関	種別	口座番号	口座名義人	
銀行 信用金庫 農協	普通 ・ 当座		フリガナ	
上記のとおり申請します。				
年 月 日				
世帯主 住所				
氏名				
個人番号				
電話番号 ()				
扶桑町長様				