

## 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		世帯主との 続柄	
		個人番号			
傷病名		療養 期 間	年 月 日から		
発病・負傷 年 月 日			年 月 日まで		
発病の原因				療養に 要した 費用	円
疾病の経過					
療養内容					
療養の給付を受けることが できなかつた理由					
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・薬剤に従事した 医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
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。					
(あて先) 智頭町長					
平成 年 月 日					
申請者(世帯主) 住所 八頭郡智頭町大字					
氏名 <span style="float: right;">⑩</span>					
窓口支払 希望する・希望しない 口座振替依頼書 未・済					

今後、私の療養費を下記の指定口座に振り込まれるよう申請します。

口座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店	普通預金 当座預金 その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ		
			口座名義人		