

国民健康保険療養費支給申請書

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて、申請します。

平成 年 月 日

朝日町長 殿

住 所 朝日町大字 _____

世帯主名 _____ ㊟

被保険者証 の記号番号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名	
世 帯 主 と の 続 柄		生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
		発病又は負傷の年月日	年 月 日
傷 病 名		療 養 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院 診療所、薬局その他の名称及び所在地			
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師、薬剤師の氏名			
療養を受けることが出来なかった理由			
療養内容		発病の原因 傷病の経過	
療養に要 した費用			
備 考			