

様式第3号（第18条関係）

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 日間												
診療・薬剤の支給又は手当てを 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、 歯科医師又は薬剤師の氏名															
療養に要した費用			備考	退本 退扶 一般											
※該当の際は□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故、傷害、犬咬み等）が原因の傷病に該当する。															

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所
氏名

㊟

錦江町長 様

支 給 決 定 伺						支 給 日
決	課長	チーム リーダー	担 当 者	支 給 額 算 定	支 給 額	年 月 日
裁				×0.7 0.8 0.9		確認者印