

様式第8号(第8条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

1 一般	4 前期
2 退本人	5 1 割
3 退扶養	6 2 割

被保険者証の記号番号	井み ー	療養を受けた被保険者氏名	年 月 日生	世帯主との続柄
個人番号				
傷病名		療養機関	年 月 日から	
発病負傷年月日	年 月 日		年 月 日まで	
療養、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				
療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因	療養に要した費用	
		傷病の経過	審査額	
		療養内容	支給額	
備考	振込先 銀行 本店 農協 支店・支所 金庫 口座番号 普通・当座 口座名義			

印

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。

年 月 日

住所  
世帯主  
氏名 (電話 ー )

南越前町長 様

第三者行為による負傷の有無  
(どちらかに○) 有・無