国民健康保険療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）入院 ・ 外来

第三者行為　　有　・　無

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者氏名 生年月日等	年　月　日 / 世帯主との続柄
個人番号			
傷病名	診断書のとおり	療養期間	平成　年　月　日 平成　年　月　日　日間
発病負傷年月日	平成　年　月　日		
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	診断書のとおり		
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 傷病の原因 療養内容	療養に要した費用　円
支給金額	円		
備考			

（※注意　太線の中だけ記入してください。）

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

世帯主
住　所　八峰町
氏　名　　㊞
個人番号
電話番号

八峰町長　殿

金融機関口座振替申出書

金融機関名 （該当金融機関を〇でかこむこと）	農業協同組合 銀行 本所 支所 本店 支店	口座名義人	カタカナ
	当座　・　普通	口座番号	

上記の口座へ支給される療養費を払い込んでください。

年　　月　　日

世帯主
住　所　八峰町
氏　名　　㊞

八峰町長　殿