

町長	副町長	課長	主幹	主査	担当	合議
*	*					

国民健康保険療養費支給申請書(一般・退職・前期高齢)

被保険者の氏名				生年月日	T・S・H 年 月 日	男・女
被保険者の住所	勇払郡厚真町			個人番号		
被保険者証の記号・番号	記号	厚真	番号			
疾病名				発症又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
診療又は手当を受けた病院・診療所の名称及び所在地						
診療に従事した医師等の氏名						
診療薬剤の支給又は手当の内容						
医療を受けることができなかった理由						
発病又は負傷の理由※(第三者行為の場合のみ記入)						
療養に要した費用						円
支給決定金額						円

振込先	金融機関名	(苫信・JA・ゆうちょ)					銀行	支店
	口座番号	(普)					口座名義人 (カタカナ)	

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。

平成 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 殿

申請者 住所 勇払郡厚真町 _____

(世帯主) 氏名 _____ (印)

TEL _____