

村長		副村長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	-----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

No. _____

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号	000— — —	フリガナ			
傷病名		被保険者氏名		世帯主との続柄	
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	昭・平 年 月 日生	日間
医療機関の名称及び所在地					
医師等の氏名					
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		費用額	円
		傷病の 経過		自己負担額	円
		療養の 内容		支給決定額	円
第三者行為	有 ・ 無				
備考					
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					
住所					
世帯主					
氏名					
芸西村長 殿					
(印)					

・口座振替を希望される方は記入してください。

振込先 金融機関	銀行 農協	支店 支所 出張所	預金種目	1.普通 2.当座 3.その他()
口座番号			ふりがな 口座名義人	