

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号		療養を受けた被保険者氏名		個人番号		世帯主との続柄	
067							
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から				
発病負傷年月日			平成 年 月 日まで		日間		
平成 年 月 日							
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、または薬剤師の氏名							
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		
	傷病の経緯						
	療養内容					円	
第三者行為		有 ・ 無					
備考							
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証明書書類を添えて申請をします。</p> <p style="text-align: center;">芦屋町長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 遠賀郡芦屋町</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></p>							
●銀行口座に振込を希望される方は、下記にご記入ください。							
名義人		銀行名		口座種類		口座番号	
カナ:		銀行 信用金庫 農協		普通 当座			
		支店					