国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書

<table>
<tr><td>被保険者証
記号番号</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">療養を受けた
被保険者氏名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">世帯主
との
続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">傷 病 名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>発病・負傷
年　月　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>療養期間</td><td colspan="3">年　　月　　日から
年　　月　　日まで
日間</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療薬剤の支給又は手当受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療または調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">療養の給付等を受けることができなかった理由</td><td rowspan="3"></td><td>発病の原因</td><td></td><td rowspan="3">療養に要した費用</td><td colspan="2" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>傷病の経過</td><td></td></tr>
<tr><td>療養の内容</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">備　考</td><td colspan="4" rowspan="2"></td><td colspan="2">第３者行為の有無</td></tr>
<tr><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

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。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所

氏名

五木村長　　殿