

国民健康保険療養費支給申請書														
被保険者証 記号・番号	浜頓別	療養を受けた 被保険者氏名				世帯主 との続柄								
		生年月日		T・S・H 年 月 日		年齢		歳						
		個人番号												
傷 病 名						発病負傷年月日				令和 年 月 日				
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院 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 又は調剤薬剤師の氏名														
療養の給付 を受ける事 ができなかつ た理由						発病の原因								
						療養の原因								
						療養に要した費用				円				
支給決定額		円		内訳		一部負担金に相当する額 _____ 円 (割合: _____ 割)								
口座振込 依頼欄	金融機関名		銀行・信金 漁協・農協				店名		本店・本所・支店					
	種目		普通・当座				口座番号							
	口座名義人		ふりがな											
		氏名												
備考														
<p>上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙の証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 浜頓別町</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">(電話番号)</p> <p>浜頓別町長 様</p>														