

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
療養を受けた 被保険者氏名			生年月日	世帯主と の続柄
個人番号			年 月 日	
傷病名			一般・退職被保 険者等の別	一般・ 退職本人 退職被扶養者
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当を受 けた病院、診療所、薬局その他 者の名称及び所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名				
療養の給付又 は特定療養費 の支給を受け ることができ なかった理由	発病の原因			
	傷病の経過			
	療養内容			
療養につき算定した費用の額			円	
備 考				
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。				
年 月 日				
松伏町長 宛				
世帯主 住 所				
氏 名				
電 話				
個人番号				

第三者行為に該当しますか (はい いいえ)

マイナンバー取得同意済み