

様式第15号(第20条関係)

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		世帯主 との 続柄	
傷病名		一般・退職被 保険者等の別	<input type="checkbox"/> 退本人 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退被扶養者		
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 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 なかつた理由	発病の原因		療 養 に つ き 算 定 の 額	円	
	傷病の経過				
	療養内容				
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 神川町長 様 住所 世帯主 氏名 印					
口座 振替 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		
	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	
			普通 当座 貯蓄		
口座名義人 カタカナ					