

様式第15号(第19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	神	療養を受けた被保険者 氏名・個人番号・生年月日			世帯主 との 続柄		
傷病名		一般・退職被保 険者等の別	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 一般・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 した費用の額		
	傷病の経過				円		
	療養内容						
備考							
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 神川町大字</p> <p style="text-align: right;">(世帯主) 氏名</p> <p style="text-align: right;">個人番号 <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">TEL</p>							
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						

入院
外来