

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

高山村長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

連絡先 _____

被保険者証	記 号	番 号	枝 番	世 帯 主	
療養を受けた被保険者氏名				生年月日	年 月 日
住 所	群馬県吾妻郡高山村大字		中山 尻高	番 地	
傷 病 名				発病・負傷 年 月 日	年 月 日
療養期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	日 間	
発病・負傷の 原 因			療養の経過	治療中・治療(治療終了)	
診療、薬剤の 支給又は 手当を受けた 医療機関等	名 称				
	所 在 地				
	医師等氏名				
療養の給付を受けることが できなかった理由					
療養に要した費用			円	備 考	
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店名	本店・支店・本所・支所
	カ ナ			預金種別	普通・当座
	名義人			口座番号	

※療養に要した費用に関する証拠書類を添付してください。

市町村 確認欄	課 長	参 事	補 佐	係 長	担 当	資格・関係書類確認