

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の氏名または個人番号				
	世帯主との続柄				
傷病名	一般・退職被保険者等の別		一般・ <input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者		
第三者行為(交通事故等)					
発病又は負傷年月日	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		療した費用の額定		円
	傷病の経過				
	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>宮代町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: right;">世帯主</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>					

【振込口座】

銀行・信用金庫・農協

支店

普通・当座 口座番号

フリガナ
口座名義人