第2号様式(第10条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 鹿出 | | 療養を受けた被保険者氏名  又は個人番号 | | |  | 世帯主との続柄 | |  |
| 傷病名 |  | |
| 療養期間 | | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | 日間 |
| 発病・負傷年月日 | 年　月　日 | |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地 | | | |  | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | |  | | | 傷病の原因 | | |  | |
| 傷病の経過 | | |  | |
| 療養内容 | | |  | |
| 療養に要した費用 | | | 円 | |
| 備考 | |  | | | | | | | |
| 上記理由により療養の給付を受けることができませんでしたので、関係書類を添えて療養の支給を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　住所  世帯主　氏名  個人番号  電話番号  　(宛先)出水市長 | | | | | | | | | |