

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	年 月 日	日 間
発病・負傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	日 間
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 なかつた理由			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					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>世帯主 氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号</p> <p>(宛先)出水市長</p>					