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 |