月診療
□未就学／□一般／□前期1／□前期2(1割)／□前期2(2割)／□前期2(3割)
□退職本人／□退職家族

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個人番号		世帯主との続柄	
傷病名		療養を受けた被保険者氏名			
発病・負傷年月日	平成　年　月　日	療養期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで 日間		
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、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					
療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因		療養に要した費用	
		傷病の経過			
		療養内容			
第三者行為の有無		有　・　無			
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

世帯主　住所　甘楽町大字

個人番号

氏名　印

甘楽町長　様

※上記申請について、支出してよろしいか伺います。

振込先

銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 本所 支所	預金種類	普通・当座・貯蓄	名義人	(フリガナ)
		口座番号			