

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	江 府	療養を受けた 被保険者の 氏名生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
療養を受けた被保険者の個人番号 ※初めて申請する場合のみ記載					
傷病名		発病 年月日	年 月 日		
療養期間	年 月 日より 年 月 日まで 日				
療養を受けた病院、診療所薬局等の名称及び所在地					
療養に従事した医師・歯科医師等の氏名					
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	
		発病の 経過		支給 決定 金額	※
		療養の 内容			
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。 年 月 日 住所 日野郡江府町大字 世帯主 氏名 印 江府町長 様					
支払金口座振込依頼書	この支払金は下記指定の預金口座へ振込願います。				
	[銀行] [信用金庫] [農協]		[支店] [支所]		
		
	[普通預金] [当座預金]	口座番号	口座名義		
江府町長 様		住所 氏名	印		

※印欄は記入しないでください。()は該当するものに○印をしてください。