

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受付者

国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書

保険証の 記号番号		療養を受けた 被保険者名		続柄	
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
発病負傷 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、薬局その他の者の名称及び所在地					
診療又は薬剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付等 を受けること ができなかつ た理由	負傷発病 の原因		療養に 要した 費用	円	
	傷病の 経過				
	療養 内容				
備考	振込先	銀行 信用金庫 農協	店 普 所 当	口座番号 口座名義人	

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 南宇和郡愛南町
世帯主 氏名

㊞

愛南町長

殿