

様式第6号(第17条関係)

国民健康保険療養費支給申請書		
被保険者証記番号		国・伊佐
療養を受けた被保険者	個人番号	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
傷病名		
第三者行為の有無		有 · 無
傷病の原因		
発病又は負傷の年月日		年 月 日
傷病の経過		
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで
療養内容		入院・入院外・歯科・調剤・補装具・その他()
療養に要した費用		円
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		1 補装具 2 資格証明書期間の療養 3 その他()
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		
世帯主 個人番号		
住 所		
氏 名		
電話番号		
伊佐市長 様		

(市処理欄)

- 窓口払い
 口座振込()

1点確認	個人番号カード・免許証・パスポート・その他()	確認者	印
2点確認	医療保険証・年金手帳・年金証書・その他()		