

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	当麻												
手当を受けた 被保険者	個人番号												
	氏名												
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日						
被保険者証で受診 できなかった理由													
治療・薬剤又は 装具の内容													
治療又は薬剤の 支給を受けた医 療機関等の名 称、所在地及び 医師等氏名	医療機関等の名称												

	医療機関等の所在地												

医師等の氏名													

手当に要した金額												円	
手当を受けた期間	年 月 日から			年 月 日			(日間)						
<p>※この欄は、申請者（世帯主）以外の方が受領するときのみ記入してください。 この療養費の受領を（住所） _____ （氏名） _____ 印 に委任します。</p> <p style="text-align: right;">委任者 印</p>													

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所 当麻町

申請者（世帯主）

氏名

当麻町長

宛

町記 入欄	請求金額	円	支給決定額	円	(年 月 日決定)
----------	------	---	-------	---	------------

第三者行為（有・無）