様式第1号(第2条関係)

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氏名		世帯主との続柄	
傷病名		被保険者個人番号			
発病、負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 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	円
		傷病の経過			
		療養内容			
発病又は負傷の理由	1．第三者行為（交通事故等）　　2．その他（自損事故・疾病等）				
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。

年　月　日

住　所

世帯主　氏　名　　印

個人番号

鳥取県東伯郡北栄町長　　様

支払金口座振込依頼書	銀行 信用金庫 協同組合 (　　)				本店 支店 出張所 (　　)					預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄		
	口座番号等	店番				口座番号							
	郵便局(ゆうちょ銀行)をご指定の場合(右詰めで記載してください)	記号					番号						
	フリガナ							備考					
	口座名義人												