

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	北島	療養を受けた 被保険者氏名	本人 世帯主 続柄		
傷病名			自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
発病負傷 年月日	平成 年 月 日	療養期間			
療養を担当 した医師 歯科医師 住所氏名					
療養の給付を 受けなかった 理由			療養に要した費用	円	
備考				第三者行為	
				有 ・ 無	
<p>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。</p> <p>北島町長を代理人と定め、療養費請求に関する権限を委任します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">北島町長 宛</p> <p style="text-align: center;">住所 北島町</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話</p>					