国民健康保険療養費支給申請書

①資格証明書の記号番号	三戸	②療養を受けた被保険者	氏名				
	-		生年月日	昭・平・令	年	月	日
			個人番号				
			第三者行為	有 ・ 無			

③傷病名	別紙明細書のとおり				
④診療を受けた病院・診療所薬局等の名称及び所在地	名 称	別紙明細書のとおり			
	所 在 地	別紙明細書のとおり			
⑤④の病院等で診療を受けた期間	令和	年	月	日から	日間
		同月	日まで		
⑥⑤の期間に受けた療養に対し病院で支払った額					円

世帯主の口座		口座番号		
銀 行 信用組合 農業協同組合	本 店 支 店 出張所	名義人	下記申請者	

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

世帯主住所 三戸町大字

フリガナ

世帯主氏名

電話番号 () -

三 戸 町 長 殿

件数	件
日数	日
費用額	円
一部負担額	円
保険者負担額	円