

別記第3号様式（第6条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番			世帯主	氏名		
個人番号				生年月日	年	月 日
療養者名				続柄		
生年月日	年 月 日					
傷病名		傷病年月日	年 月 日	療養年月日	年 月 日	
発病又は負傷の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者行為 : 交通事故・犬咬傷・食中毒・けんか・その他 ( )</li> <li>・その他 : 自損事故・疾病</li> <li>・労働中の災害</li> </ul>					
療養施設名						
施設所在地						
担当医師名						
療養の給付を受けられない理由		療養内容		療養費用額	円	
備考						
<p>南種子町長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険療養費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 南種子町 番地</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>						

国民健康保険療養費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	金融機関名		口座番号			
	銀行・信用金庫・農協 その他 ( )		┆	┆	┆	┆
	支店・支所名	口座種別	フリガナ			
	支店 支所 代理店	普・総・営・他	口座名義人			

支給決定伺い				
費用合計額	保険者負担額	自己負担額	控除額	支給決定額

上記のとおり決定してよろしいか、お伺いします。 決定年月日 年 月 日

決裁区分	町長	副町長	総務課長	主管課長	課長補佐	係長	係