

様式 2

村長	助役	課長	参事	主幹	係

処	受付	資格確認
理		

血液	
装具	
施術	
診療	
看護	
移送	

支給 不支給 決定	この申請は右のとおり支給を決定し支給するものとする	決定金額	この申請は別紙の理由により不支給とし申請人（世帯主）あて通知するものとする
		円	
		支給金額	
		円	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号 番号	喜国	療養を受けた被保険者 氏名	大・昭・平 年 月 日生				世帯主との続柄
傷病名			療養の	平成	年	月	日から
発病負傷 年月日	平成	年	月	日	平成	年	月
			期 間	(日間で
診療又は手当を受けた 病院・診療所・その他 の名称及び住所	名称		所在地				
診療（施術）に従事した者氏名					傷病の原因 にチェック	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上の災害 <input type="checkbox"/> 一般疾病	
療養の給付を受けることができなかった理由					傷病の経過		
療養（施術）に要した費用額					療養（施術）の内容		

上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給を証拠書類(領収書)を添えて申請します。

平成 年 月 日

渡名喜村長 殿

世帯主 住所 渡名喜村 番地
氏名 ④