

様式第13

村 長	副村長	課 長	班 長	係 員

国 保 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記・番号		療養を受けた被保険者 氏 名		世帯主 との続柄	
		個 人 番 号			
傷病名			療養期間	日 間	
発病又は					
負傷年月日					
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					
調剤又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名			療養に要した費用		
			円		
発病又は 負傷の原		療養の給付を受けることが できなかつた理由			
傷病の経過					
療養内容					
第三者行為	有・無				

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

世帯主住所 蓬田村大字

氏 名

印

個 人 番 号

蓬 田 村 長 殿 (代理人個人番号:)

※代理人が世帯主に変わり申請する場合は、委任状が必要となります。

(備考) この申請には、療養に要した費用の領収証等を必ず添付すること。