

回覧・処分伺()					
町 長	副 町 長	会計管理者	課 長	係 長	係 員

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者証 の記号番号	—		療養を受けた 被保険者氏名			世帯主 との 続 柄			
傷 病 名			個人番号						
発症・負傷 年 月 日	平成 令和	年 月 日	療養期間	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間	
第三者行為 の 有 無	有 ・ 無		その原因	交通事故 ・ 自転車事故 ・ 傷害 その他()					
手当てを受けた病院・診療所・ 薬局・その他の者の住所・氏名									
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養の給付を 受けることが できなかった 理 由			発病の原因			療 養 に 要 し た 費 用	円		
			傷病の経過						
			療養の内容						
備 考									
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。									
令和 年 月 日									
川崎町長 殿									
住 所									
氏 名									
電話番号 () —									
個人番号									