

別記様式第13号（第23条関係）

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証 記号番号	浦幌	療養を受けた 被保険者の氏名 又は個人番号		世帯主 との続柄	
傷病名		負傷原因			
上記傷病の発症年月日		年 月 日	傷病の経過		
療養期間	年 月 日 年 月 日	日間	療養内容		
療養の給付又は診療を受けた 機関の名称及び所在地					
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					
療養に要した 費用額等	療養に要した費用額		円		
	一部負担金又は実費徴収された額		円		
第三者の行為によって生じた傷病		該当 ・ 非該当			
浦幌町長 様 上記のとおり申請します。 年 月 日					
申請者 (世帯主)	住 所				
	氏 名				
	個人番号				
上記請求に基づく給付金の受領を、下記の者に委任します。 年 月 日					
委任者（世帯主） 氏名		受領代理人	住所 氏名		
■支払区分		■預金種別		■金融機関名	
1 口座振込	1 普通	銀行			
2 現金（出納）	2 当座	信金			
3 現金（支所）	3	農協			
■口座番号		■口座名義			

※ この申請書には、療養に要した費用額及び一部負担金又は実費徴収された額を証明する書類（領収書）を添付してください。