

村 長		課 長		補 佐		係 長		係	
--------	--	--------	--	--------	--	--------	--	---	--

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 険者名		世帯主 との続 柄	
傷病名		療養期間	年 月 日から		
発病・負傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日まで		日間
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					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は調剤師の氏名					
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			費用	
	傷病の経過				
	療養内容				
振込先	_____ 銀行 _____ 支店 J A 高山支店 名義人 _____ 口座番号（普）_____				
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。

平成 年 月 日

世帯主 住所 高山村大字 中山・尻高 _____ 番地

氏名 _____ 印

高山村長 様