様式第15号（第20条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	滑国	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	

世帯主個人番号		対象者個人番号	
傷病名		一般・退職被保険者等の別	一般 ・ ㊒退 本人 ㊒退 被扶養者
発病又は負傷 年　月　日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 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、歯科医師又は薬剤師の氏名			

療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由		発病の原因		療養につき算定した費用の額	円
		傷病の経過			
		療養内容			
備考					

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）

滑川町長

住　所

世帯主

氏　名

電話番号

個人番号

振込希望の金融機関	口座番号		普通・当座
銀行 信用金庫 信用組合 農協　　支店	フリガナ		
	名義人		