様式第15号 (第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書					
記 号 ・ 番 号				世帯主との 続柄	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		世帯主 氏名			
個 人 番 号					
傷 病 名					
診療を受けた 医療機関等	所在地				
	名 称				
装 具 を 装 着 し た 日 又 は 診 療 を 受 け た 期 間		年 月 日 から 年 月 日	療養につき算定した 費用の額	円	
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		☐ 補装具作製のため ☐ 保険証なしで受診したため ☐ 他保険で受診したため ☐ 海外で受診したため ☐ その他 ()			
発病又は負傷の理由		☐ 第三者行為 (交通事故等)		☐ 自損事故 ☐ 疾病等	
備 考		☐ 外来 ☐ 入院			
振 込 金 融 機 関	銀行		預 金 種 目 及 び 口 座 番 号		
	信用金庫		普通・当座		
	信用組合		フリガナ		
	農協		名義人氏名		
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 (宛先) 滑川町長 住 所 世帯主 氏 名 電話番号 個人番号					