

国民健康保険療養費支給申請書（医科、歯科、調剤）

被保険者記号・番号（枝番）		ひな ()		
療養を受けた被保険者	氏名			世帯主との続柄
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	
傷病名		療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間
発病・負傷年月日		発病の原因		
傷病の経過		第三者行為の有無		有・無
療養の内容	入院・入院外		療養に要した費用 (うち食事療養費)	
	輸血・食事の提供・その他		(うち 円 円)	
診療・薬剤の支給、手当又は食事の提供を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称・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つた理由				
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

住所

世帯主 氏名

電話番号

ひたちなか市長 殿

国保処理	マル福	
	有	無