

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	木祖・	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主と の続柄	
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
発病、負傷 年月日	平成 年 月 日				
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 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		発病の 原因	1 第三者行為（交通事故等） 2 業務上の災害（通勤災害等） 3 その他（自損事故：疾病等）	療 養 に 要 し た 費 用	円
		傷病の 経過			
		療養の 内容			
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 世帯主（申請者） 住所 長野県木曽郡木祖村大字 氏名 印 木 祖 村 長 殿					

口座振込希望金融機関	銀行	支店	口座種別	普通 当座	口座名義人	フリガナ
	農協	支所			口座番号	氏名

(委任状)

なお、上記療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。

申請者氏名

印