様式第5（第6条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | 村長 | | 課長 | | 主任 | | 係員 |
|  | |  | |  | |  |
| 被保険者証  の記号番号 |  | | | 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 | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで  日間 | | | | | |
| 発病、負傷  年月日 | 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 | |  | | | | 療養に要した費用 | | 円 | |
| 傷病の  経過 | |  | | | |
| 療養  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。  　　　　年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　㊞  椎葉村長　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | |