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 |