

様式第2号 (第17条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日診療分

申請年月日 年 月 日
 受付番号 第 号

被保険者証記号番号	名 国	世 帯 主 名			
療養を受けた被保険者名		個人番号		世帯主との続柄	
傷 病 名		発病・負傷年月日			
手当を受けた病院等の名称及び医師の氏名		療 養 期 間	自	年 月 日	
申 請 の 理 由		傷 病 の 原 因			
		第三者行為の該当	有 ・ 無		
療養に要した費用	円	療 養 の 内 容			

上記のとおり療養（施術）に要した費用の支給に関する証拠書類（領収書）を添えて申請します。

年 月 日

個人番号 :

申請者（世帯主） 住 所 : 名護市

氏 名 :

印

支 給 ・ 不 支 給 決 定		左記のとおり支給してよろしいでしょうか。					処 理 資 格 確 認	起 案	
決定金額	円	決	部 長	課 長	係 長	係			決 裁 月 日
支給金額	円	裁						支給	年 月 日