様式第15号（第29条関係）

一般、退本、退扶

|  |
| --- |
| 国民健康保険療養費支給申請（請求）書 |
| 被保険者記号番号 | 朝日・ | 療養を受けた被保険者氏名 |  | 生年月日 | 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 | 年　月　日 |
| 診察、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、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つた理由 |  | 発病の原因 |  | 療養に要した費用 | 円 |
| 傷病の経過 |  |
| 療養の内容 |  |
| 備考 |  |
| 金融機関名 | 支店又は支所名 | 口座名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 口座の種類及び番号 |
| 　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（請求）します。　　　　　　年　　月　　日住　所　朝日村大字　　　　　　　　　番地　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　朝日村長　宛て |
| 委　任　状 | （世帯主名義でない口座へ入金する場合のみ記入してください。）　なお、支給される療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。世帯主　氏　名　　　　　　　　　　印　 |