

様式第20号(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書																									
被保険者証の 記号番号	よ	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との 続柄																					
		個人番号																							
傷病名		一般・退職被 保険者等の別	一般・	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者																					
発病又は負傷 年月日	年 月 日	療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																					
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	名称																								
	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																									
療養の給付又は特 定療養費の支給を 受けることができ なかった理由	発病の原因		療 した 費 用 の 額 に つ き 算 定																						
	傷病の経過																								
	療養内容																								
備 考		口座 番号	銀行 信用金庫 農協 支店																						
			普通・当座 No.	氏名																					
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先) 吉川市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 (印) 世 帯 主 電 話 番 号 個 人 番 号</p>																									
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							