

様式第15号(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の記号番号	—	療養を受けた被保険者氏名	年 月 日生		世帯主との続柄	
傷病名		個人番号				
		一般・退職被保険者等の別	一般	⑩ 本人	前期 9 割	
				前期 8 割		
発病又は負傷年月日	年 月 日	療養期間	⑩ 被扶養者 前期 7 割			
			年 月 日から 年 月 日まで (日間)			
所在地及び病院、診療、薬局の名称						
医師の氏名						
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		療養に要した費用		
		傷病の原因				
		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 (宛先) 八潮市長 世帯主 郵便番号 住所 氏名 個人番号 電話番号 () ⑩						

金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人
		普通・当座	フリガナ