

国民健康保険療養費支給申請書					
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	上板	療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主 と の 続 柄	
傷 病 名		個人番号			
発 病 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	1. コルセットは療養費払 いのシステムのため 2. 保険証不携帯 3. その他（ ）	発病の原因		療 養 に 要 し た 費 用	
		傷病の経過			
		療 養 内 容	別紙のとおり		
備 考					
<p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 徳島県板野郡上板町</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">上板町長 殿</p>					