

国民健康保険療養費支給申請書			
被保険者記号番号		個人番号	
療養を受けた被保険者		傷病名	
発病・負傷年月日	年 月 日		
第三者行為の有無	有 ・ 無		
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			
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			
診療費	療養の給付を受けることができなかった理由		
	<ul style="list-style-type: none">療養の給付を行うことが困難（保険医が傷病や天変地異等で診療できないなど）緊急、その他やむを得ない被保険者証の提示ができなかった資格証明書で診療、その後保険税完納しさかのぼって被保険者証の交付を受けた		
その他	<ul style="list-style-type: none">治療用装具その他		
備考			
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。			
年 月 日			
世帯主 住所 東吾妻町大字			
氏 名 印			
個人番号			
東吾妻町長 様			