

村 長	副村長	参事・課長	G L	総括主幹	総括主幹	主 幹	係

様式第十一

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記 号 番 号		療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主と の 続 柄	
被保険者の生 年 月 日		個人番号			
傷 病 名		療養期間	平成 年 月 日から		
発 病、負 傷 年 月 日	平成 年 月 日		平成 年 月 日まで		
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 経 過			
		療 養 内 容		円	
療養費支給額		円	一 部 負 担 金		円

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。

平成 年 月 日

世帯主住所 青森県三戸郡新郷村大字

氏名

印

個人番号

電話

第三者行為 該当 非該当 (どちらかを○で囲んで下さい)

新 郷 村 長 殿