

様式第15号

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	
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					
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		療養に つきの 費用の 額 算定し	円	
	傷病の 経過				
	療養 内容				
備考					
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>杉戸町長 　　あて</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名</p>					