

様式第 1 5 号

国民健康保険療養費支給申請書				
被保険者記号・番号				
療養を受けた 被保険者氏名		世帯主と の続柄		
		個人番号		
傷 病 名			第三者行為(交通事故等) 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				
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		1. 保険適用外の装具のため 2. 1 0 割負担したため 3. 資格がない他保険を使用したため 4. その他 ()		
装具を装着した日 又は 診療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日	療養につき算定 した費用の額	円	
備考				
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 杉戸町長 あて 〒 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 電話番号				