

課 長	係 長	主 査	決 定 伺

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記 号 番 号	嘉 島	療養を受け た被保険者 氏 名		世帯主 と の 続 柄	
傷 病 名			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
発病・負傷 年 月 日	平成 年 月 日	療 養 期 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 等を受ける ことができ な 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			
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀 行 農 協	支 店 支 所	普 通 当 座	口 座 番 号	名義
備 考					
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 上益城郡嘉島町大字 氏名 ⑩ 嘉島町長 荒 木 泰 臣 様					
委 任 状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 平成 年 月 日支給申請した療養費の受領に関すること。 世帯主の住所 上益城郡嘉島町大字 氏名 ⑩ 代理人の住所 氏名				