国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	津南・							
診療を受けた被保険者氏名								
個人番号												
傷病名												
発病又は負傷の年月日	年　月　日											
診療を受けた病院（医院）の診療に従事した医師の	名　称											
	所在地											
	氏　名											
診療の期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間											
診療に要した費用	円											
発病または傷病の原因	□第三者行為（交通事故等）　□転倒、自損事故等 □その他（　）											
傷病の経過												
診療の内容												
療養の給付を受けることが出来なかった理由												

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

世帯主　住所　津南町大字

氏名　印

申請者　住所

氏名　印

津南町長　様

注意　コルセット、輸血代、マッサージ等の請求をする場合は、それぞれの領収証及び医師の同意書を添付してください。

本人確認	1　運転免許証　2個人番号カード　3　資格確認書 4　その他（　）