

別記様式第9号(第13条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	長沼	診察を受けた被保険者氏名	世帯主との続柄
傷病名		個人番号	
発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日 年 月 日 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			
診察又は調剤に従事した医師、医科医師又は薬剤師の氏名			
療養の給付を受けることのできなかつた理由	発病の原因		療養に要した費用額 円
	傷病の経過		
	療養内容		
備考	第三者行為（有・無）		
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。			
年 月 日			
世帯主		住所 夕張郡長沼町	
長沼町長様		氏名	㊟