係	係長	課長補佐	課長	総務課長	副町長	町長

国民健康保険療養費支給申請書・請求書

被保険者証 記号・番号	氷川	療養を受けた被保険者氏名	・ ・	世帯主との続柄	
病名	別添のとおり	個人番号			
発病・負傷 年 月 日	年 月 日 入院・外来	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、薬局その他の名称及び所在地		名称			
		所在地			
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師・薬剤師の氏名					
第三者行為該当の有無			有・無		

療養の給付を受けることができなかった理由	・医療給付外のため ・その他 ( )	発病の原因		療養に要した費用
		傷病の経過		(　　円) × (　　割) ＝ 円
		療養内容		

払込先口座	銀行　　支店	口座番号
	八代地域農協　　支所	普通・貯蓄 当座・その他

口座名義人 (カタカナで記入)	

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　氷川町　　番地

氏名

個人番号

(連絡先：　　－　　－　　)

氷川町長　様

区分　／一般　・　退職　・　前期高齢　　滞納　／　あり・なし