様式第２９号（第１７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		療養を受けた被保険者氏名	
傷病名		世帯主との続柄	
		個人番号	
発病又は負傷年月日	年　月　日	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		発病の原因	療養につき算定した費用の額
		傷病の経過	円
		療養内容	
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

（宛先）

寄居町長

世帯主　住　所

氏　名

個人番号

電話番号（個人番　号

☐ 公金受取口座への振込を希望します。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐」にチェック（✓）してください。

振込希望の金融機関	口座番号		普通・当座
銀行 信用金庫 信用組合 農協　支店	フリガナ		
	名義人		