

様式第 2 9 号（第 1 7 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									
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p>寄居町長</p> <p>世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号</p>									

<input type="checkbox"/> 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、「 <input type="checkbox"/> 」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		フリガナ							
		名 義 人							