

## 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

<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、「□」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		