

立山町国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号		記号	番号	世帯判定	負担割合
1	6	0	1	4	3
個人番号					
退本	退扶			前期高齢者	
療養を受けた 被保険者の 氏名等	ふりがな			昭平令	
				年	月
					日
傷病名 および 負傷の年月日				年	月
					日
傷病の原因 経過 および 診療内容 診療期間	入院	入院外		年	月
					日
				年	月
					日
診療を受けた 病院の名称 および 所在地 医師の氏名	医療機関コード				
療養の給付を 受けなかった理由					
療養に要した費用	円				

療養に要した費用に関する証明書・領収書を添えて申請します。
 なお、支給決定額は下記の口座へ振り込みください。

令和 年 月 日

(あて先) 立山町長

申請者（世帯主） 住 所 立山町
 氏 名 _____ 印
 電 話 _____

金融機関	銀行・農協 信用金庫	支店 本店
口座種別 1 普通 2 当座	口座番号	口座名義人 (カタカナ)