

第6号様式(第8条関係)

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証 の記号番号	屋 国 保 第 号	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 名 氏		世帯主 と の 続 柄	
傷 病 名		療 養 期 間	平 成 年 月 日 平 成 年 月 日	か ら 日 間	
発病・負傷 年 月 日	平 成 年 月 日				
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 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		発病の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用	円
		傷病の 経 過			
		療 養 内 容			
備 考					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 屋久島町</p> <p>氏名 ①</p> <p>個人番号</p> <p>屋久島町長 様</p>					