

第5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	療養を受け た被保険 者名		世帯主 との続 柄	
傷病名		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
発病・負傷 年 月 日	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>					