

決 裁	課長	係長	係員

処 理	受付	資格確認

血液	
装具	
施術	
診察	
看護	
移送	

支 給 決 定	この申請は右のとおり支給額を決定し支給するものとする。	決定金額 円	この申請は別紙の理由により不支給とし申請人（世帯主）あて通知するものとする。
		支給金額 円	

### 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	与国	療養を受けた被保険者の氏名	
性別	男・女	生年月日	年 月 日
世帯主との続柄		第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
個人番号		療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)
発病負傷年月日	年 月 日		
診療又は手当を受けた病院診療所その他のものの名称及び所在地	名 称	所 在 地	
診療（施術）に従事した者の氏名			
療養の給付を受けることができなかった理由			
療養（施術）に要した費用		円	
療養（施術）の内容			
上記のとおり療養（施術）に要した費用の支給を証拠書類（領収書）を添えて申請します。			
年 月 日			
与那国町長 様		世帯主 住所 氏名 電話	
		Ⓜ	

- (注) 1 傷病が第三者（加害者）の行為によるものであるときは別に（第三者行為による傷病届）を提出して下さい。
- 2 数字又は文字を訂正する場合は誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分に認印してから正しい数字又は文字を記入して下さい。