様式第２号

支給 不支給 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　　×　割＝　　円	
		支給金額　　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。		

血液	
装具	
施術	
診療	
看護	
移送	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	東国	療養を受けた被保険者の氏名	（　歳） 年　月　日	世帯主との続柄	
傷病名		療養の期間	から まで （　日間　）		
発病・負傷年月日					

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		傷病の原因	□第三者行為によるもの □その他
療養の給付を受ける事が出来なかった理由		傷病の経過	
診療（施術）に要した費用	￥	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。

東村長　宛　　年　月　日

世帯主　住所　東村字

氏名　　㊞

振　込　先　口　座

金融機関名	
支店名	
口座種目	普通　・　当座
口座番号	
口座名義（カナ）	