

療養費支給決定額	費用額	保険者負担額	一部負担金

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	上富良野	療養を受けた者の 氏名・生年月日	昭・平・令	年	月	日
傷病名		発病又は負傷の 年月日	年	月	日	
発病又は負傷の原因						
申請理由 該当理由を○で囲み、 イ、ウについては理由 を記入してください。	ア 治療用装具購入のため(補装具の装着日 年 月 日) イ 被保険者証を使用できなかったため ウ その他 理 由					
診療又は手当等を 受けた場合	医師等の 住所氏名	別紙証明書のとおり				
	内容					
	期間	年 月 日から 年 月 日(日間)				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 上富良野町 氏 名 印 上富良野町長 様						
支給額振込先			口座番号			
			口座名義			