

様式第 26 号 (第 20 条関係)

右記の通り支給してよろしいですか 年 月 日						診療種別	一般歯科	
						支給額	入外 円	
町長	副町長	課長	係長	係	合議	内	申請額	(点)
						訳	査定額	
						支給期間	自 月 日 日間 至 月 日	
						承認年月日	年 月 日	

国民健康保険療養支給申請書							
被保険者証 の記号番号	興	療養を受け た被保険者 氏 名		世帯主 との 続 柄			
傷病名						年 月 日から	日間
発病、負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間				年 月 日まで	
診療調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		所在地 名 称					
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							
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申請します。 年 月 日 世帯主 住所 紋別郡興部町 氏名 _____ 印 興部町長 殿							

上記の申請金額の受取を _____ 印 に委任します。 年 月 日 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 印			
金融 機関	北見信金・JA・漁組・ゆうちょ 支店	口座 番号	名義人