様式第7号（第19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		療養を受けた被保険者の氏名	
個人番号			
一般・退職者の別	一般・退職者　本人・被扶養者	入院・外来の別	入院・外来
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	名称		
	所在地		
診療又は調剤に従事した医師、薬剤師の氏名		傷病名	
		第三者行為によるものか	はい・いいえ
療養期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	発病・負傷 年　月　日	年　月　日
療養の給付又は特定療養費の給付を受けることができなかった理由			
療養につき算定した費用の額	円	発病の原因	
傷病の経過		療養内容	
費用			
備考			

上記のとおり申請します。

平成　年　月　日

世帯主の住所

氏名　　㊞

志布志市長　様　　個人番号

上記のとおり療養費支給申請がありましたので、療養費を支給してよろしいか伺います。　円

決裁	課長		課長補佐		係長		係	