

様式第1 (第2条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	島85- (枝番)	資格区分	一般	退職本人	退職扶養	
傷病名		療養を受けた 被保険者氏名				
		生年月日	年	月	日	
		個人番号				
発病又は 負傷年月日	年 月 日	療養期間	年	月	日から 日まで	
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						
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		第三者行為の有無	有 ・ 無			
		傷病の原因				
		傷病の経過				
		療養の内容				
		療養に要した費用額	円			
医師意見欄	傷病名					
	補装具装用についての意見	装具の装着日	年	月	日	その日は 外来 ・ 入院
		年 月 日 医師 所在地 氏 名				
支給方法	口座振込	金融機関支店名				
		預金種類				
		口座名義人(カタカナ)				
		口座番号				
	現金払					
上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。						
年 月 日						
住所						
世帯主 氏名						
浪江町長						
支給決定額	円					
支給決定通知日	年 月 日					