

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85-〇〇〇〇〇〇〇〇 (枝番)	資格区分	一般	退職本人	退職扶養							
傷病名	・〇〇胸椎圧迫 ・〇〇の疑い	療養を受けた 被保険者氏名	浪江 太郎									
		生年月日	平成 10 年 4 月 1 日									
		個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
発病又は 負傷の日	令和2年2月1日	療養期間	令和2年10月10日から									
診療院、 びり	どのようなけがまたは病 気で治療を受けたか記載 してください。	〇〇病院	治療したけがが第三者由来のもの（交 通事故など）の場合、有に〇をつけて ください。									
診療院、 びり		〇〇県〇〇町〇〇										
診療院、 びり		〇〇 〇〇										
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	(例1) 国民健康 保険証を提示しな かったため (例2) 補装具を 購入したため (例3) 他保険証 を喪失後に使用し 費用を返還したた め	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	12,345 円									
医師意見 欄	傷病名	〇〇胸椎圧迫										
	補装具 装用に ついて の意見	治療のため補装具の必要を認める										
	補装具 装用 の日	令和2年12月2日	その日は 外来 ・ 入院									
支給方法	口座振込	支店名	〇〇銀行〇〇支店									
		種類	普通									
	現金払	口座名義人(カタカナ)	ナミエ タロウ									
		口座番号	1	2	3	4	5	6	7			
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。												
令和3年2月1日		住所	福島県双葉郡浪江町									
浪江町長		世帯主 氏名	浪江 太郎									
支給決定額												
支給決定通知日	年 月 日											

