

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			
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	年 月 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	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する				
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下欄に指定口座をご記入ください）				
		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					