

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 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 なかつた理由 | 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 | | | | | |