

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 受 記 号 番 号	島85-100 (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					