

様式第1 (第2条関係)

国民健康保険療養費支給申請書																							
資格確認書等の記号番号	島 42			療養を受けた被保険者氏名・個人番号	世帯主との続柄																		
傷病名	(第三者行為の有無 有・無 )			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 日 間																	
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																							
療養の給付等を受けることができなかった理由	傷病の原因							療養に要した費用															
	傷病の経過																						
	療養内容																						
医師意見欄	傷病名																						
	補装具装用についての意見	装具を必要と認められた理由																					
		装具の装着日	年 月 日	その日は 入院 ・ 外来																			
		年 月 日 医師 住所 氏名 印																					
金融機関	銀行	本店	種別	1 普通	口座番号																		
	金庫	支店		2 当座	(フリガナ)																		
	組合				口座名義																		
上記の通り療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。																							
年 月 日																							
世帯主 住所 氏 名 印																							
個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
電話番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
北塩原村長																							