

第 1 号様式（第 2 条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

※□のある欄は、該当する箇所に☑を付けてください。

被保険者記号・番号 島 8 3 -		療養を受けた者の氏名 (年 月 日生)										
療養を受けた者の個人番号												
療養の区分 □医科 □歯科 □調剤 □治療用補装具 □その他 ()												
傷病名 診療報酬明細書のとおり 年 月 日発病（負傷）						傷病の原因 傷病の経過						
療養期間： 年 月 日から 年 月 日まで 日間												
療養の内容 診療報酬明細書のとおり						療養に要した費用 円						
療養を受けた病院・薬局等の名称						名 称 所在地						
医師、歯科医師、薬剤師等の氏名												
療養の給付を受けることができなかった理由 □前保険者資格の遡及喪失 □資格確認書等未提出 □その他 ()												
第三者からの行為による傷病						□有 □無						
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。 申請者 住 所 大熊町大字 (世帯主) 氏 名 個人番号 大熊町長 様 電話番号												
振 込 金 融 機 関 (受 取 口 座)		□公金受取口座を指定する（世帯主以外の公金受取口座の場合は委任状が必要です） □上記以外の振込口座を指定する（町登録世帯主口座）										
市町 村記 入欄	金融機関					支店名						
	口座種類	□普通 □当座				口座番号						
	口座名義人（カタカナ）											
	受付窓口	□本庁□いわき□中通り□会津□郵送					受付担当			本人確認		

担 当 医 師 記 入 欄	治療用装具の名称				傷病名			
	治療用装具を必要と認める理由							
	治療用装具の採型又は採寸をした日 年 月 日 採型・採寸日の診療(入院・外来)				治療用装具の装着又は適合を確認した日 年 月 日			
	医療機関の 名 称 医療機関の所在地 年 月 日 担当医師の氏 名							

※自筆以外は捺印要