

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の 記号番号	島83-			療養を 受けた 被保険者 氏名 (個人番号)	一般被保険者名 (個人番号12桁)				
傷病名				退職被保険者名 (個人番号12桁)					
発病又は負傷	年 月 日		療養 期 間	年 月 日～ 年 月 日まで ()日間					
交通事故等の第三者行為	有・無								
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 所在地及び名称			(所在地)〒 - (名称)						
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	疾病の 原因		療養に 要した 費用	円					
	疾病の 経過								
	療養内								
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 入院・外来					
		年 月 日		医師 住所 氏名 ㊟					
市町村処理欄	受付	大熊	会津	いわき	郡山	郵送	受付者	本人確認	
	支払 金融 機関欄	金融 機関名			口座 番号	口座 区分	世帯主 ・ 別名義	個人番号確認	
		支店名							
<p>上記のとお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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所.....大熊町大字.....字..... 氏名.....㊟ 個人番号(12桁)..... 電話番号.....(.....)</p> <p style="text-align: center;">大熊町長 様</p>									