

国民健康保険療養費支給申請書

|                                      |                        |                |              |                          |     |                   |
|--------------------------------------|------------------------|----------------|--------------|--------------------------|-----|-------------------|
| 被保険者証の記号番号                           |                        | 島10—           | 療養を受けた被保険者氏名 |                          |     | 一般退職              |
| 傷病名                                  |                        |                | 生年月日         | 年                        | 月   | 日                 |
| 発病又は負傷年月日                            |                        | 年 月 日          | 療養期間         | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>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                 | 1. 前保険の資格をさかのぼって喪失したため |                |              | 傷病の原因<br>(第三者行為の有無)      | 有・無 | 療養に要した費用<br><br>円 |
|                                      | 2. 保険証未提示のため           |                |              | 傷病の経過                    |     |                   |
|                                      | 3. 業者製作のため             |                |              | 療養内容                     |     |                   |
| 4. その他<br>( )                        |                        |                |              |                          |     |                   |
| 医師の意見欄                               | 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          |              |                          |     |                   |
|                                      |                        | 住所<br>医師<br>氏名 |              |                          | Ⓜ   |                   |
| 口座振込                                 | 金融機関名                  | 銀行・農協<br>金庫・組合 |              | 支店名                      | 支店  |                   |
|                                      | 種別<br>口座番号             | 普通<br>当座       |              | 口座<br>名義人                |     |                   |
| 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。   |                        |                |              |                          |     |                   |
| 年 月 日                                |                        | 住所             |              |                          |     |                   |
| 世帯主                                  |                        | 氏名             |              |                          |     |                   |
|                                      |                        | 個人番号           |              |                          |     |                   |
|                                      |                        | TEL ( ) -      |              |                          |     |                   |
| 相馬市長                                 |                        |                |              |                          |     |                   |

受付