

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	○○○○症	生年月日	昭和○年 ○月 ○日	
発病又は負傷年月日	令和○年 ○月 ○日	療養期間	令和○年○月 ○日から 令和○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、薬局その他の名称及び所在地	○○県○○市○○字○○番地 ○○病院			
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(第三者行為の有無)	有・無	療養に要した費用
	2. 保険証未提示のため	傷病の経過		
	3. 業者製作のため 4. その他()	療養内容		○○, ○○○円
医師の意見欄	傷病名	○○○○症		
	補装具装用についての意見	(被保険者) ○○○○が骨折のため、骨がつながる間補装具を装着すべきものと判断した。		
		装具の装着日	令和○年 ○月 ○日	その日は
口座振込	金融機関名	○○ 銀行 農協 金庫・組合	支店名	○○ 支店
	種別 口座番号	普通 当座 ○○○○○○○○	口座名義人	○○ ○○ (世帯主名義)
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。				
令和○年 ○月 ○日				
住所 ○○県○○市○○字○○番地				
世帯主 氏名 ○○ ○○ 印				
個人番号 <input type="text" value="○○○○○○○○○○○○○○○○○○"/>				
TEL (○○○○) ○○ - ○○○○				
相馬市長				

受付