

様式第1 (第2条関係)

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65 —	療養を受けた 被保険者氏名	一般被保険者		
			個人番号		
			退職被保険者等		
傷病名		療養期間	個人番号		
			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日				
診療、薬剤の支給手当を受けた病院 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		傷病の原因		療養に 要した 費用	
		傷病の経過			
		療養内容			
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	平成 年 月 日	その日は入院・外来	
		平成 年 月 日	住所 医師 氏名	印	
払渡希望 金融機関名		口座番号 普・当 No.		口座名義人	
<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>平成 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 矢吹町 番地</p> <p>氏名 印</p> <p>(電話 — )</p> <p>矢吹町長様</p>					