

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	島51・				世帯主氏名					
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名					生年月日	年 月 日				
個 人 番 号										
傷 病 名 (第三者行為の有無)	(第三者行為の有無 有・無)				療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日									
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	名称									
	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つた理由	傷病の原因						療養に要した費用 円			
	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		装具を必要と認めた理由							
			装具の採寸・採型日		年 月 日		その日は 入院・外来			
			年 月 日		名 称		医療機関 所在地 医師名			
受領方法	1 直接払 2 口座振込		口座番号							
金融機関名	銀行 金庫 組合		支店 支所		口座種別		1 普通 2 当座			
フリガナ										
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>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 氏 名</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号 —</p> <p>会津美里町長</p>										

備考 医師の意見欄は、医師の証明書が添付の場合は不要です。

※以下は、申請者は記入する必要はありません。

費用額	一部負担額	保険者負担額	支給決定額