

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14-	療養を受けた被保険者氏名																	
傷病名		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
発病又は負傷日	年 月 日	療養期間	年 月 日 から 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		傷病の原因	1、疾病等 2、交通事故等第三者行為 3、労災事故																
		傷病の経過																	
		療養の内容																	
		療養に要した費用	円																
医 師 意 見 欄	傷病名																		
	補装用装具についての意見	装具の装着日	年 月 日																
		その日は入院、外来																	
		年 月 日																	
		住所 医師 氏名	⑩																
(本人の署名または記名押印)																			
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																			
(電話： - -)																			
国見町長 様																			

口座振替 依頼欄	金融機関名		支店名
	種 目		口座番号
	フリガナ		
	口座名義人	(

※口座振替依頼欄には、世帯主の口座を記入してください。