

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 9 1	療養を受 けた被保 険者氏名	一 般 被 保 険 者		
			退 職 被 保 険 者 等		
傷 病 名		療養期間	年 月 日から		
発 病 又 は 負傷年月日	年 月 日		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					
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					
療養の給付をうけることが できなかった理由					
傷病の 原 因	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	傷病の 経 過	療養に要した費用		
		療 養 内 容			円
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名				
	補装具装用 についての 意 見	採 寸 ・ 採 型 日	年 月 日 (入院・外来)		
		装 着 日	年 月 日 (入院・外来)		
		年 月 日	医師 住 所 氏 名		
			Ⓜ		
受領方法及び 金融機関名	口座振替	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支 店 支 所	普 通	口座番号
	直 接 払			当 座	フリガナ 口座名義人
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。					
平成 年 月 日					
世帯主 住 所					
氏 名					
電 話 ()					
田村市長 様					