

様式第 1

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		療養を受けた被保険者 氏名又は個人番号		個 人 番 号			
傷 病 名		療養期間		年 月 日から		年 月 日まで	
発 病 又 は 負傷年月日		年 月 日				日 間	
診療、薬剤の支給又は 手当を受けた病院 診療所、薬局の他の 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					
		傷病の内容					
医 師 の 意 見 欄	傷病名						
	補装具 装用に ついて の意見						
		装具の採寸日	年 月 日		その日は		入院・外来
		年 月 日		医 師 住 所 氏 名 印			
備 考			振込 口座	金 融 機 関			
				口 座 番 号			
				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。							
年 月 日							
世帯主 住 所 氏 名 猪苗代町長 個人番号							