

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56	療養を受けた 被保険者氏名	
傷病名		生年月日	年 月 日
		個人番号	
発病又は負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 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、薬局その他の者の名 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	診した 療に費 要用  円
		傷病の経過	
		診療内容	
医師 意見 欄	傷病名		
	補装具装用 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	
銀行等振込先		銀行・農協 金庫・組合	支店 支所
		普通 当座	口座番号 ふりがな 口座名義
<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 棚倉町大字 字</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>棚倉町長 様</p>			