

第1号様式

国民健康保険療養費支給申請書

双葉町長 様

年 月 日

下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。

世帯主 住所 双葉町大字

氏名

㊟

(電話

)

被保険者証の 記号番号	島84	世帯主の個人番号			
		被保険者の個人番号			
療養を受けた 被保険者氏名			生年月日		
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	疾病の原因		<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	療養に要した費用	円
	疾病の経過				
	療養内容				
医 師 意 見 欄	傷病名			装具の 装着日	年 月 日 (その日は 入院・外来)
	必要と認 める理由				
	年 月 日		医師 住 所 氏 名		㊟
振 込 先	金融機関名			支店名	
	口座番号			種別	1 普通 2 当座
	口座名義人	フリガナ		世帯主との 関係	
(世帯主と口座名義人が違う場合は、ご記入ください。)					
上記口座への振込を承諾します。					
世帯主氏名					㊟