

第1号様式（第2条関係）

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2ー	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（日間） 年月日まで
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	名称				
	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	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	療養に要した費用		
	傷病の経過				
	療養内容		円		
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			
住所 医師氏名 印		年 月 日			
振込金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店	普通 当座	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					
住所 世帯主氏名 個人番号 （電話番号 ー ）					
二本松市長					