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  記号番号 | | 島２― | | | | 療養を受けた被保険者氏名生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | |
| 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 | | | | | | 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 | | | | □一般疾病  □第三者行為 | | | | | 療養に要した費用 | | |
| 傷病の経過 | | | |  | | | | | 円 | | |
| 療養内容 | | | |  | | | | |
| 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  医師　氏名　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |
| 振込金融機関名 | | | 銀行・農協　　　本店  　　　　信用金庫　　　支店 | | | | | | 普通当座 | | 口座番号 | | |  | |
| 口座名義人  （ｶﾀｶﾅで記入） | | |  | |
| 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。  　　二本松市長  　　　　　年　　月　　日  住　所  世帯主　氏　名　　　　　　　　　　　印  個人番号  （電話番号　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |