

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 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 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 信用金庫		本店 支店		普 通 当 座		口 座 番 号		
								口座名義人 (ｶﾅﾅで記入)		
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 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 (電話番号) 印										