

国民健康保険療養費

支給申請書

審査		受付印	
----	--	-----	--

被保険者証 の 記号番号	み丸 A	療養を受けた 被保険者名 生年月日	(氏名) 年 月 日
世帯主との 続柄		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・薬局その他の名称 及び所在地		(名称) (所在地)	第三者行為 による受診 はい・いいえ
診療又は調剤に従事した医師又は 薬剤師の氏名			
医師に 記入し てもら う欄	傷病名	発病又は負 傷の年月日	年 月 日
	治療用装具 の 名称等	(名称) (基本構造) (付属品)	(義肢装具士の氏名)
	治療用装具 装着を必要 とする意見		
	上記のとおり治療用装具の装着を必要と認める。 年 月 日 療養取扱機関名 担当医師名 印		
療養の給付 を受けるこ とが出来な かった理由		療養に要した費用額	
		支給額 (保険者記入)	※
振込口座 (世帯主)	銀行・農協 支店	普通・当座 口座名義 (フリガナ)	口座番号
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証明書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 丸森町 世帯主氏名 印 丸森町長 殿 連絡先 電話番号 — —			

※には記入しないで下さい。