

様式第 1

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 8 6 -		療養を受けた被保険者氏名		資格区分			
傷 病 名						一 般			
						退職本人			
						退職扶養			
				前期高齢者区分		有 ・ 無			
発病又は負傷年月日		令和 年 月 日		療養期間		令和 年 月 日から 令和 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				傷 病 の 原 因					
				傷 病 の 経 過					
				療 養 の 内 容					
				療養に要した費用額					
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 令和 年 月				その日は 入院・外来		
			令和 年 月 日						
		医 師 住 所 氏 名		印					
支 給 方 法		口座振込		金融機関名					
				支店名					
				預金種類					
				口座名義人					
				口座番号					
		現 金 払							
上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。									
令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話 () 葛 尾 村 長 様 印									
支 給 決 定 額									
支 給 決 定 通 知 日				令和 年 月 日					