

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92 —	個人番号																	
傷病名		療養を受けた被保険者氏名	一般退職（本・扶）																
		生年月日	年	月	日	年	月	日生											
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									
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																			
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	現物給付外	傷病の原因			療養に要した費用	円													
		傷病の経過																	
		療養内容																	
医師の意見欄	傷病名																		
	補装具装用についての意見	装具の採寸又は採型日	年	月	日	その日は 入院 ・ 外来													
		年	月	日	住所 医師 氏名														
療養費の受領の方法	<del>1 窓口受領</del>	2 の場合の振込先	銀行	支店	預金種目	1 普通 2 当座													
	2 口座振替		農協	金庫	口座番号														
			組合	フリガナ 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																			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										個人番号									
個人番号																			
住所																			
世帯主 氏名																			
電話 ( )																			
南相馬市長																			

**※世帯主様以外の口座にお振込みを希望される場合は、委任状が必要です。**  
**※医師の氏名は自署してください。**