

様式第1号 (第2条関係)

| 国民健康保険療養費支給申請書                                 |              |      |                 |                 |  |
|--|--------------|------|-----------------|-----------------|--|
| 被保険者証<br>記号番号                                  | 記号           | 番号   | 療養を受けた<br>被保険者名 |                 |  |
| 被保険者の<br>個人番号                                  |              | 生年月日 | 年 月 日           | 世帯主<br>との<br>続柄 |  |
| 傷病名  |              | 療養期間 | 年 月 日から         | 日間              |  |
| 発病負傷<br>年月日                                    | 年 月 日        |      | 年 月 日まで         |                 |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を<br>受けた病院、診療所、薬局そ<br>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、<br>歯科医師、又は薬剤師の氏名                |              | 氏名   |                 |                 |  |
| 療養の給付<br>を受けるこ<br>とができな<br>かった理由               | 発病の原因        |      |                 |                 |  |
|  | 傷病の経過        |      |                 |                 |  |
|  | 療養内容         |      |                 |                 |  |
|  | 療養に要した<br>費用 |      | 円               |                 |  |
| 備考   |              |      |                 |                 |  |

療養費の支給を受けたく、関係書類を添えて上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

世帯主 住所 女川町

個人番号

氏名

印

女川町長

殿

電話番号

— —

| 振込先   |                                      |                          |
|-------|--------------------------------------|--------------------------|
| 金融機関名 | 銀行 本店<br>信用金庫 支店<br>信用組合 本所<br>漁協 支所 | 口座番号 (普・当 )              |
|       |                                      | 口座名義 (カタカナ)              |
| 支給決定額 | 円                                    | 【添付書類】<br>・通帳の写し<br>・領収書 |