

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 記号番号	記号	番号	療養を受けた 被保険者名			
	み女	A				
被保険者の 個人番号			生年月日	年	月	日
傷病名			療養期間	年 月 日から		
発病負傷 年月日	年 月 日			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 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		氏名				
療養の給 付を受け ることが できなか った理由	発病の原因					
	傷病の経過					
	療養内容					
	療養に要した 費用		円			
支給決定額		円				
振込先口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。					
	銀行	本店	口座種別	口座番号		
	信用金庫	支店	普通・当座			
	信用組合	本所	口座名義			
	信漁連	支所	(カタカナ)			
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。						
年 月 日						
世帯主 個人番号						
住所						
氏名						
女川町長 様						