

様式第1 (第2条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

		受付		年 月 日		受付者					
被保険者証の記号番号		島90—		療養を受けた被保険者氏名							
傷病名		個人番号									
発病又は負傷年月日		年 月 日		療養の期間		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						療養に要した費用					
傷病の原因		傷病の経過		療養内容							
医師の意見書	傷病名										
	補装具装用についての意見		装具の装着日		年 月 日		その日は 入院 外来				
			年 月 日		住所		医師 氏名 ⑩				
金融機関名		農協 銀行 金庫		普通 店 当座		口座番号					
						名義人 住所 氏名					
備考											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(電話 —)</p> <p>飯舘村長</p>											
<p>療養費支給決定伺</p> <p>上記のとおり療養費支給申請があつたので、下記のとおり支給決定してよろしいか伺います。</p>											
年 月 日				決裁				年 月 日			
課長		係長		係		資格確認					
療養に要した費用額				審査結果の増減額							
審査決定費用額				増減額の内容							
決定金額				備考							
支給決定通知		年 月 日		支 払		年 月 日					