

国民健康保険 療養費支給 申請書											
記号・番号		島60 -		療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号		(一 般 ・ 退 職)					
傷 病 名											
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 年 月 日まで 日 間					
診療、薬剤の支給又は受けた病院、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		補装具作製に伴い、立て替え払いとしたため		傷病の原因				療養に要した費用の額			
				傷病の経過				円			
				療 養 内 容		補装具による患部の保護					
医 師 意 見 欄	傷病名										
	補装具装用についての意見										
			補装具の装着日 令和 年 月 日				その他 入院・外来				
			令和 年 月 日 医師 住所 氏名 印								
払 渡 希 望 金融機関名		銀行 信金 農協		口座番号 種 類		普通・当座		口座 名義人		(ふ り が な)	
		支店 支所									
上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。											
令和 年 月 日											
世帯主 住所 氏名 (電話番号 ー ー)											
世帯主の個人番号											
西郷村長 様											