

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 記号番号	記号	番号	療養を受けた 被保険者名		
被保険者の 個人番号			生年月日	S・H 年 月 日	世帯主 との 続柄
傷病名			療養期間	年 月 日から	日間
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	
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。

平成 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 信用金庫 支店 信用組合 本所 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】	・通帳の写し ・領収書