

第3号の2様式（第3条の2関係）

国民健康保険療養給付費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	島 5 (枝番)	療養を受けた 被保険者氏名					
		個 人 番 号					
傷 病 名		生 年 月 日	年 月 日				
		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日						
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	県外受診	傷病の原因			療 した 養 費 に 費 要 用	円	
		傷病の経過					
		診 療 内 容					
医 師 意 見 欄	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					
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。							
年 月 日							
世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 払渡希望の金融機関 口座番号 受取人口座名義							
白河市長							