

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の記号番号	み岩	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
傷病名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			
発病、負傷年月日	年 月 日	療養期間	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	発病の原因		療養に要した費用		円
	傷病の経過				
	療養内容				
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。					
令和 年 月 日					
世帯主住所					
氏 名 ⑩					
個人番号					
電話番号					
岩沼市長 殿					
振 込 指 定 金 融 機 関 名 等					
金融機関名	銀行		本店 本所		
	金庫		支店 支所		
	農協		出張所		
口座の種類	普通預金・当座預金	口座番号			
(フリガナ)					
預金者の氏名		支給決定額	円		