

# 記入例

第1号様式（第2条関係）

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	島81- 9999999 <small>(保険証上部に記載されて いる番号)</small>	療養を 受けた 被保険 者氏名	一般被保険者 (個人番号)	富岡 花子 ( 9999 9999 9999 )	
			退職被保険者等 (個人番号)	( )	
傷病名		療養 期間	年	月	日から
発病又は負傷 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、入院 時食事療養費の支 給又は特定療養費 の支給を受けるこ とができなかった 理由	傷病の原因	療養に要した費用  円			
	傷病の経過				
	療養内容				
医師 意見 欄	傷病名	<p style="text-align: center;"><b>記入不要</b></p> <p style="text-align: center;"><b>担当医師に証明してもらう欄</b></p> <p style="text-align: center;">※ただし、医師の意見書等がある場合は、 この欄の記入を省略できる。</p>			
	補装具 について 意見				
支払場所	富岡町役場出納室 富岡町役場税務課	口座振込 番号	〇〇 銀行 9999999 (トミオカ タロウ名義)	△△ 支店	
<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>平成28年 4月 1日</p> <p style="text-align: right;">住所 富岡町 大字本岡字王塚622-1</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名 富岡 太郎 (印 富岡)</p> <p style="text-align: right;">個人番号 (8888 8888 8888)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 024- 999-9999</p> <p style="text-align: right;">※日中連絡がとれる電話番号(携帯電話可)</p> <p>富岡町長 様</p>					

### ※注意

**補装具の申請をする場合は、先に担当医師の意見欄を記入（または意見書を記入）いただいてから、住所等必要な欄を記入してください。**