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3	※１ 療養を受けた被保険者の氏名又は個人番号、生年月日及び性別	男・女 昭・平・令　年　月　日
傷病名			
発病又は負傷年月日	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	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		

療養の給付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
		傷病の結果	円
		療養内容	

医師の意見欄	傷病名			
	治療上必要な補装具装用についての意見	治療上必要な事由		
		装具の採寸・採型日	年　月　日	左記の日は　入院・外来
		装具を装着した日	年　月　日	
		令和　年　月　日 住所 医師 氏名　㊞		

振込先口座（世帯主）	銀行・金庫 信組・農協	本店　普通 支店　当座 出張所　その他	口座番号		
			口座名義人（カタカナ）		

摘要	※2 銀行コード																			
	※2 口座名義人																			

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

申請者（世帯主）　住所

※1 氏名又は個人番号

㊞　電話

郡山市長

1 ※1欄は、氏名又は個人番号を記入してください。
2 ※2欄は、申請者は記入する必要はありません。
3 領収書を添付してください。他に添付する必要のある書類は、その都度ご確認ください。
4 預金口座は、世帯主名義の口座をご記入ください。

市確認欄	受付者	個人番号の確認	□個人番号カード・通知カード　□その他（　）
		申請人の本人確認	□個人番号カード　□運転免許証　□その他（　）
		代理権の確認	□委任状　□医療保険被保険者証　□その他（　）
		代理人氏名等	氏名（　）　申請人との関係（　）
		代理人の本人確認	□個人番号カード　□運転免許証　□その他（　）