支　給　決　定　伺			
課長	補佐	係長	係

費　用　額	円
支　給　額	円

国民健康保険療養費支給申請書

受給者番号	み気　A	受給者氏名	年　月　日生（　歳）
傷病名		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 日　間
発病負傷年月日	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		発病の原因		療養に要した費用	円
		傷病の原因			
		療養内容			
備　考					

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

気仙沼市長あて

住　所

世帯主

氏　名

電　話　（　）

上記支給額については，下記の預金口座に振り込んでください。

銀　行　・　支　店　名	預金種目	口座番号	口座名義人（フリガナ）
	普　・　当		

※ 第三者行為の有無　有・無

個人番号												
世帯主												
療養を受けた者												