

国民健康保険療養費支給申請書 (治療用装具用)

令和 年 月 日

石巻市長 殿

住所 _____
申請者 氏名 _____
(世帯主) 個人番号 _____
電話番号 _____

国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により、
療養費の支給を別紙証拠書類を添えて下記のとおり申請します。

身障手帳の所持 有・無

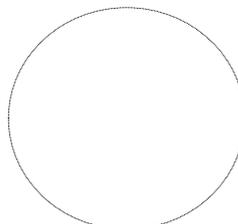
被保険者証記号番号	み石 A	一部負担割合	2割・3割
療養を受けた 被保険者	氏名	生年月日	世帯主との続柄
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	
購入価格	円	支給申請額	円

傷病名	治療用装具が必要と認めた年月日	令和 年 月 日	
	治療用装具の採寸・採型年月日	令和 年 月 日	
	治療用装具の装着年月日	令和 年 月 日	
発病または 負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者の行為による <input type="checkbox"/> その他()	採寸・採型時の 入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 外来時

治療用装具の名称等	
上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 療養取扱機関 住所 名称 国民健康保険医 氏名 印	

振込希望の銀行名	銀行	支店・本店	口座の種類	普通預金・当座預金
口座番号	フリガナ	口座名義人		

支給決定額	円
-------	---



受付判

受付者	番号確認者