

(R5.4~)

## 国民健康保険 療養費（治療用装具代） 支給申請書

被保険者証 記号番号	み和 A	フリガナ 治療用装具を装着 した被保険者氏名	
個人番号		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
療養の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者行為以外(疾病等)		
傷病名	装具装着年月日	令和 年 月 日	
	採寸・採型日	令和 年 月 日	
	採寸・採型区分	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 外来時	
治療用装具 の名称等	名称: 基本構造: 付属品:		
治療用装具 の装着を必要 とする意見			
上記のとおり治療用装具の装着を認めた。 令和 年 月 日 療養取扱機関 住所 名称 医師名 (印)			
装具購入価格			円

支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い		
振込先金融機関	金融機関 コード	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ( )
		店舗 コード	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)	大和町長 殿		

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 (世帯主) 〒 -

住所: 大和町

氏名:

個人番号:

電話: ( )

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者	<input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏名	住所	<input type="checkbox"/> 同上
		電話番号	

〈市町村確認欄〉 添付書類: 領収書写し (又は証する書面) 保険証, 通帳 (又はカード) の写し	<input type="checkbox"/> 国保税未納 (有・無)	受付欄 (受付者: )
乳幼児 (小学校就学前) ・ 65 歳未満 前期 70 歳未満 ・ 前期 70 歳以上 (一般 ・ 一定以上)		
費用額: 円	給付割合: 割	支給額: 円