

被 保 険 者 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
療 養 の 原 因	☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ 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	☐ 入院時 ☐ 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				
			装 具 購 入 価 格	円

支 払 方 法	☐ 口座振込 ☐ 窓口払い											
振 込 先 金 融 機 関			☐ 銀 行 ☐ 協同組合 ☐ 信用組合 ☐ 信用金庫 ☐ ()						☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出 張 所 ☐ ()			
	金融機関 コ ド				店 舗 コ ド							
口 座 種 別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 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	□世帯員 □その他()			
	氏名		住 所	□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） 通帳（又はカード）の写し		☐ 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	