

療養費 【装 具】

国民健康保険療養費支給申請書

一般	退本	退扶	未就学
障がい	ひとり親	乳幼児	高齢受給者証 1割 2割 3割

年 月 日

苫小牧市長 様

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

住 所

世帯主 氏 名

生年月日 年 月 日 連絡先TEL ()

個人番号 (職権記載 □)																				
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養を受けた 被保険者氏名 (生年月日・年齢)		年 月 日 () 歳		世帯主と の 続 柄	被保険者記号・番号
個人番号 (職権記載 □)					苫小牧
疾病名	装具装着医師証明書(別途保管)のとおり		発症の原因	☐ 不詳	
発症負傷年月日	☐ 年 月 日 ☐ 不詳		疾病の経過	☐ 入院加療中 ☐ 通院加療中	
装具装着日	年 月 日		療養の内容	装具装着	
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地			装具装着医師証明書(別途保管)のとおり		
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			装具装着医師証明書(別途保管)のとおり		
療養の給付を受けることができなかった理由			装具装着のため		
支 払 方 法	・窓口受取	〈口座振込指定欄〉 銀行 本店 信用金庫 組合 支店		〈口座番号〉 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	
	・銀行振込 (世帯主のみ)	※世帯主名義の口座を指定してください。 口座名義人 (カタカナで記入)		No _____	
証拠書類		☐ 意見書 ☐ 装具装着証明書 ☐ 領収書 ☐ その他 ()			

受付印

医師 領収書		査定 総額		決定 支給額	
	円		円		円

受付者