

国民健康保険療養費支給申請書 (治療用装具)

療養を受けた者	氏名		世帯主氏名	
	生年月日	年 月 日	被保険者証 記号番号	み加一
			個人番号	
傷病名			装具装着年月日	年 月 日
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為による <input type="checkbox"/> その他 ()			
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。 年 月 日 療養取扱機関 住所 名称 医師名 印				
購入価格	円	入院別	外来 ・ 入院	
支給額	円	給付割合	7割・8割・9割 確認印	
振込金融機関	銀行 信金 農協 信組		支店名	本店 支店
種別	口座番号	フリガナ		
普・当・その他		口座名義人		
上記振込金融機関の口座名義人が国民健康保険世帯主以外の場合に記載する委任内容記載欄 (世帯主) (口座名義人) _____ は、 _____ を代理人とし、国民健康保険療養費の受領に 関する一切の権限を委任します。 年 月 日 世帯主氏名				

上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。

年 月 日

加美町長 殿

申請者 住所

(世帯主) 氏名

個人番号

(電話番号)