

# 国民健康保険療養費支給申請書 (補装具)

年 月 日

(申請先)足立区長

〒

申請者

住所

(世帯主)

氏名

電話

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。  
また、本記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正については足立区が行うことに同意します。

被保険者証の 記号番号	2	1	-							(枝番)			世帯主 との続柄
療養を受けた 被保険者氏名							生年 月日	年 月 日					
傷病名							療養に要した 費用額	円					
発病または 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病非該当 <input type="checkbox"/> 労災非該当												
発病・負傷 年月日	年 月 日			支払年月日			年 月 日						
診療を受けた 医療機関等	名称	医師氏名( )											
	所在地												
申請理由	装具作成のため												
支給額は、右記の 世帯主の口座へお 振り込みください。	フリガナ												
	口座名義人(世帯主)												
	銀行・信用金庫		支店										
	信用組合・農協												
	口座種別	口座番号(右づめで記入)											
普通・当座													

※以下、区処理欄

資格区分			受付		療養に要した費用							
一般	退職本人	退職扶養			決定額							
年齢区分			受付印		一部負担金							
一般	前高				差引額							
負担割合												
2		3										
公費負担												
無	障	親	乳	子	青							

## 治療用装具製作指示装着証明書

住 所 (患者様の住所)

氏 名 (患者様の氏名)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

## 疾病名及び症状等

疾病名

症状等

(治療遂行上の必要 (症状や装着目的)、修理が必要となった状況や理由等)

## 上記の疾病により (オーダーメイド・既製品装具/新規・修理)

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

## の装着を

令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

(義肢装具士の氏名) へ (製作・購入・修理) を指示し、

令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

## 以上、証明いたします。

## 備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師氏名

# 領収書添付欄