

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)			
	口座種別	銀行・信用金庫	信用組合・農協	支店
	普通・当座	口座番号(右づめで記入)		

※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		
年齢区分	受付印	決定額
一般 前高		一部負担金
負担割合		差引額
2 3		
公費負担		
無 障 親 乳 子		

【医師記載用】

治療用具を必要とする意見書

被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
傷病名	
装具名	
装具作成 指示年月日	年 月 日
装具装着年月日	年 月 日

上記のとおり、治療用具の必要および装着を証明する。

年 月 日

医療機関名
および所在地

医師名

※本書は保険医療機関及び保健医療養担当規則第6条によるものです。

領収書添付欄