

決 裁	町長	副町長	課長	室長	課員	支 給	決定番号	第 号
							療養の給付に要する費用	円
							他法負担分	円
							一部負担金	円
	平成 年 月 日					不支給	支給決定額	円
右のとおり決定してよろしいか。					事由			

国民健康保険療養費支給申請書(治療用装具)

装具に係る領収書1枚ごとに作成してください。

保険者番号						給付割合	9割・8割・7割	保険者用整理番号		
被保険者証	記号					番号				
資格区分	右の番号を記入する		1 一般(本人)	2 一般(家族)	3 一般(3歳未満)	4 一般(高齢受給者)				
			5 退職(本人)	6 退職(被扶養者)	7 退職(3歳未満)	8 退職(高齢受給者)				
療養を受けた被保険者	氏名					性別	男・女	医療福祉費該当の有無	有・無	
	生年月日	年 月 日				発病・負傷の原因				
第三者行為該当の有無	有・無	届出の有無	有・無	第三者の住所氏名(不明のときはその旨)						

担当医師の意見欄	傷病名					診療開始日	年 月 日			
	治療用装具の名称・型式					装作成指示日(処方日)	年 月 日			
	治療用装具に要した費用	円				決定金額	円			
	この者に対し、上記の治療用装具の装着を指示したことを認めます。 証明日 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 担当医師の氏名 (印)									

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します									
平成 年 月 日					住所				
大子町長 様					世帯主 氏名	(印)			
					電話番号				

処 理 分	台帳	通知	支給		療養費審査委員会処理	審査月	整理番号	審査済印

下記の口座に振り込みくださるよう依頼いたします。										世帯主氏名 (印)
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名	銀行	本店			
	1 振込	2	1普通	2当座		金庫	支店			
	フリガナ						農協	出張所		
口座名義(世帯主)					口座番号					