

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者等 記号番号	み山	治療用装具を装着 した被保険者氏名		世 帯 主 との続柄	
		個 人 番 号			
入外来区分	外来 ・ 入院			傷病の理由	1. 第三者行為      2. その他
傷 病 名			治療用装具の 採寸・採型年月日	年      月      日	
治療用装具 の 名 称 等	(名称) (基本構造)  (付属品)				
治療用装具の 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  保険医療機関名 保 險 医 名      印 (署名の場合は押印省略可)					
備 考	購 入 価 格	×0.7＝			支給決定額
一般・前高	円	×      ＝			円
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（利用する方は口座情報の記入は不要です。）					
振込 口座	フリガナ 名 義 人 (世帯主)			普通 当座 貯蓄	口 座 番 号
	銀 行・信 金      支 店 農 協・信 組      支 所				
上記のとおり医療費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。 年      月      日  住所      山元町 世帯主 電話番号  氏名  個人番号  山元町長      殿					

保險者使用欄  
決裁欄

収受印

課長	参事	班長	班員

添付書類

- ・医師の診断書  
(申請書に記載あれば不要)
- ・補装具の領収書
- ・振込先確認書類  
(通帳等)