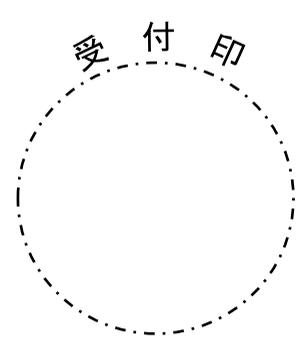


国民健康保険(□療養費・□特別療養費)支給申請書

補装具

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------|------------|-------------|-----------|-----------|---|
| 保険者番号 | 1 3 8 0 8 1 | 療養を受けた方 | 被保険者名 | | | | |
| 記号・番号 | 08 - | | 生年月日 | 3.昭 4.平 5.令 | 年 | 月 | 日 |
| 公費負担者番号 | | | 性別 | 1.男 2.女 | 入外 | 1.入院 2.外来 | |
| 公費受給者番号 | | | 個人番号 | | | | |
| 資格区分 | 一般 | 給付割合 | 7割 8割 | 日数 | | 日 | |
| 本家区分 | 本人 家族 未就学 高齢者 | 療養期間 | 令和 年 月 日から | | | | |
| 診療年月 | 令和 年 月 診療 | | 令和 年 月 日まで | | | | |
| 種類 | 1. 一般診療(海外療養費含む)【医科・歯科・調剤】 2.補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゆう 6. 移送費 7. その他(生血) | | | | | | |
| 傷病名 | 別紙のとおり | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | 別紙のとおり | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | 別紙のとおり | | | | | | |
| 支給申請をした理由 | ・旅行中 ・病院の窓口で資格の確認を受けることができなかった ・その他(装具を作成したため) | | | | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 1. 第三者行為(交通事故等) 相手方: 住所: 2. その他(疾病・自損事故等) | | | | | | |
| 療養に要した費用額 | | | 食事回数 | | 回 | | |
| 審査認定額※1 | | | 食事に要した費用 | | | | |
| 一部負担金 | | | 食事標準負担額 | | | | |
| 支給額 | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | 支店名 | 本店 支店 出張所 | | |
| | | コード | | | コード | | |
| | 口座種別 | 普通 当座 貯蓄 | 口座番号 | | | | |
| | 口座名義人 | フリガナ | | | | | |
| | 漢字 | | | | | | |
| 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いたします。 | | | | | | 受付者 | |
| 令和 年 月 日 | 申請者 (世帯主) 住所 江東区 | | | | | 区 白 富 | |
| 氏名 | | | | | | 豊 小 亀 | |
| 個人番号 | | | | | | 大 砂 南 | |
| 電話 | | | | | | 取得年月日 | |
| | | | | | | ・ | |
| | | | | | | 喪失年月日 | |
| | | | | | | ・ | |
| (宛先) | 殿 | | | | | 医療証 | |
| | | | | | | 障・乳・子・青・親 | |



世帯主または国保世帯員以外の口座への振込を希望する場合の委任状

委任状

私の世帯の保険給付費の受領について、下記の者を受任者とし、療養費の受領を委任いたします。

委任者
(世帯主)

住所

氏名

受任者
(振込先)

住所

氏名

申請者からみた続柄
