

決 裁	課 長	副課長	係 長	係

## 国民健康保険療養費支給申請書(治療用装具)

療養を受けた者 (被保険者)	被保険者番号	上 ー			
	個人番号				
	フリカゝナ			性別	男・女
	氏 名				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	(電話	-	- )
	住 所	〒 ー 上峰町大字 番地			
傷 病 名					
発病の原因および経過		1.病 気 ( ) 2.ケ ガ ( )			
ケガの負傷原因		(1).第三者行為によるもの (2)その他( )			
※第三者行為による場合		第三者の	氏名		
			住所		
診療を受けた医療機関等の		名 称	所 在 地	診療した医師等の氏名	
		名 称	所 在 地	診療した医師等の氏名	
診療を受けた期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
上記の期間に入院していた場合は、その期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
装着に要した費用の額		円			
装着の内容(補装具の名称)					
療養費の支給申請の理由		治療用装具を作成したため			

上 峰 町 長 様

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療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

(申請者主)	住所	〒 ー (電話 - - ) 上峰町大字 番地
	氏名	被保険者との続柄 ( )

### 【保険者処理欄】

受付日( . . )	受付者名( )	窓口・郵送
提出者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・国民健康保険証・写真入身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③成年後見人を示す公正証書の提示 ④住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑤その他( )	
・支給額 (費用額 円 × (7割・8割・9割) = 円)		
・システム処理日 年 月 日	・支払日 年 月 日	
・年 齢 才	・自己負担割合 ( 3割 ・ 2割 )	